



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

OS PERFIS DE AUTOCUIDADO DOS CLIENTES DEPENDENTES: ESTUDO  
EXPLORATÓRIO NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, na especialidade de  
Enfermagem Avançada

Por

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

Porto, Maio 2011



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

OS PERFIS DE AUTOCUIDADO DOS CLIENTES DEPENDENTES: ESTUDO  
EXPLORATÓRIO NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, na especialidade de  
Enfermagem Avançada

Por

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

Sob orientação de

Orientador: Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira

Co - Orientadora: Mestre Maria Alice Correia de Brito

Porto, Maio 2011

## RESUMO

O autocuidado é uma área com grande relevância para a Enfermagem. Nas situações em que os clientes experimentam transições que decorrem e/ou resultam em compromissos ao nível do autocuidado importa considerar, dentro dos condicionalismos pessoais que podem influir no curso das transições e de acordo com Backman e Hentinen, os perfis e atitudes face ao autocuidado dos clientes. O conceito “perfil de autocuidado” é produto da biografia de cada cliente e das suas experiências de vida. Teoricamente, os perfis de autocuidado são 4: “Responsável”; “Formalmente Guiado”; “Independente” e de “Abandono”. Reconhecendo a importância deste constructo para a compreensão e abordagem terapêutica dos clientes, aqueles autores desenvolveram um instrumento – SCHDE - capaz de “descrever” o perfil de autocuidado.

O estudo aqui reportado, baseando-se naquele instrumento e na teoria que o sustenta, visou descrever os perfis de autocuidado de um grupo de clientes inscritos na Unidade de Saúde Familiar de Valadares. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo e transversal; baseado numa amostra não probabilística e de conveniência, constituída por 112 indivíduos, dependentes nas actividades básicas de autocuidado. O valor de  $\alpha$  de *Cronbach* apurado para a escala original situou-se na ordem dos 0,75, valor que consideramos aceitável. O resultado do  $\alpha$  de *Cronbach* do instrumento no nosso estudo (de forma isolada) é 0,63, valor que nos recomenda muita precaução na leitura dos resultados. Os resultados apurados permitem-nos afirmar que, tal como nos dois estudos anteriores, a grande maioria dos participantes evidenciam perfis concretos de autocuidado marcados pela presença de um “*mix*” de características dos diferentes perfis (teóricos). O processo de análise factorial empreendido, com base nos dados que resultaram da avaliação dos perfis de autocuidado, permitiu-nos identificar um painel de 12 factores. Destes, foi possível perceber a existência de um conjunto positivamente associado ao perfil de autocuidado “Responsável”, dos quais se destacam: envelhecimento estimulante; relações interpessoais significativas; boa condição física; confiança nos profissionais de saúde; capacidade de decisão e responsabilidade.

**Palavras-chave:** Autocuidado, Perfil de Autocuidado



## ABSTRACT

Self-Care is an area with great relevance for nursing. In situations that the clients experiment transitions which involve self-care commitments, it is important to consider, within the personal constraints that may influence one's development, the profiles and attitudes about clients' self-care. The concept of "self-care profile" is a result from each client's biography and life experiences. Theoretically, there are four self-care profiles: "Responsible" profile; "Formally guided" profile; "Independent" profile and "Abandoned" profile. By recognizing the importance of this term for the understanding and therapeutic approach to customers, the authors have developed an instrument - SCHDE – which is able “to describe” the self-care profile.

The study presented here, based on that instrument and on the theory that supports him, describes the self-care profiles of a group of clients enrolled in Valadares' Family Health Units. This study is quantitative, descriptive and transversal, based on a non-probabilistic convenience sample, composed by 112 individuals reporting dependence in basic self-care activities. The Cronbach's alpha value obtained for the original instrument was 0,75, value we considered acceptable. The statistic result of Cronbach's alpha from the instrument in our study (isolated) is 0.63, a value which implies great caution when analysing the results. The level of dependency in self-care (Feeding, Bathing, Dressing ...) was calculated based on the "Instrument for Evaluating Dependence in Self Care", developed by ESEP and first used by Duke. The statistic value of Cronbach's alpha for this instrument is approximately 0.9.

The results obtained allow us to say that, as in both previous studies, the majority of participants showed specific self-care profiles marked by the presence of a blend of characteristics from different (theoretical) profiles. The number of participants with profiles exclusively or predominantly of one of the four profiles is quite small; of around 10% of the sample. The process of factor analysis undertaken, based on data that resulted from the assessment of self-care profiles, allowed us to identify a panel of 12 factors. From these, it was possible to verify the existence of a set positively associated with the responsible self-care profile, namely: stimulant ageing; meaningful

interpersonal relationships, good physical condition, confidence in healthcare professionals, decision-making and responsibility capacities.

**Keywords:** Self Care, Self Care Profile

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Filipe Pereira por toda a sua enorme dedicação, pela disponibilidade demonstrada, por tudo o que me ensinou e, pela compreensão perante as minhas dificuldades.

À Professora Mestre Alice Brito por todo o apoio, empenho, disponibilidade e pela partilha de conhecimentos e reflexões.

A todos os docentes da ESEP que de algum modo contribuíram com as suas experiências e conhecimentos para a realização do estudo.

Aos Enfermeiros da USF de Valadares por toda a sua colaboração, apoio e por demonstrarem interesse nos resultados do estudo.

Aos meus amigos pela amizade e paciência.

Aos meus pais, irmã e avós por todo o incentivo e compreensão.

Ao Nuno por toda a sua compreensão, dedicação e ajuda ...

A todos, o meu MUITO OBRIGADA!!!





## ÍNDICE

<b>Introdução .....</b>	<b>17</b>
 <b>1. Problemática em estudo.....</b>	<b>21</b>
1.1 O(s) conceito(s) de autocuidado.....	21
1.2 Os perfis de Autocuidado .....	24
<b>1.2.1 Os Perfis de Autocuidado como factor com potencial de condicionar o curso das transições dos clientes .....</b>	<b>28</b>
1.3 Justificação do Estudo .....	30
 <b>2. Metodologia.....</b>	<b>33</b>
2.1 Finalidade e Objectivos .....	33
2.2 Tipo de estudo .....	34
2.3 Variáveis em estudo .....	34
2.4 População/Amostra .....	36
<b>2.4.1 Plano de amostragem .....</b>	<b>37</b>
2.5 Procedimentos de Recolha de dados .....	38
<b>2.5.1 Instrumento de recolha de dados.....</b>	<b>38</b>
2.5.1.1 Tradução e validação do instrumento .....	40
2.5.1.2 Fidelidade e Validade do Instrumento .....	41
<b>2.5.2 Recolha de dados .....</b>	<b>44</b>
2.6 Procedimentos de análise dos dados .....	45
2.7 Aspectos éticos .....	45
2.8 Recursos de apoio à Investigação.....	46
 <b>3. Apresentação e discussão dos resultados .....</b>	<b>47</b>
3.1 Caracterização da amostra.....	47

3.1.1	Perfil sócio – demográfico dos participantes.....	47
3.1.2	Nível de Dependência no(s) Autocuidado(s) dos participantes .....	50
3.2	Caracterização dos perfis de Autocuidado .....	54
3.2.1	Distribuição dos participantes pelos Perfis de Autocuidado .....	58
3.2.2	Apontamentos acerca dos Perfis de Autocuidado .....	63
3.3	Factores emergentes da avaliação dos perfis de Autocuidado .....	66
3.3.1	“Lidar com as actividades da vida diárias” .....	69
3.3.2	“Envelhecimento estimulante” .....	70
3.3.3	“Relações Interpessoais significativas”.....	71
3.3.4	“Boa Condição Física” .....	71
3.3.5	“Aceitação dos tratamentos e Resignação face ao futuro” .....	72
3.3.6	“Confiança nos profissionais de saúde” .....	73
3.3.7	“Vida de sacrificio e sofrimento” .....	74
3.3.8	“Capacidade de decisão e responsabilidade” .....	75
3.3.9	“Adaptação ao envelhecimento” .....	76
3.3.10	“Independência e dificuldades passadas” .....	77
3.3.11	“Resignação face às inevitabilidades da vida” .....	78
3.3.12	“Amargura e renúncia” .....	78
4.	Conclusões.....	85
5.	Referências Bibliográficas .....	89
	Anexos.....	97

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos em função das variáveis Idade e Formação .....	48
Tabela 2 - Distribuição da amostra em função das variáveis sócio-demográficas (nominais).....	49
Tabela 3 – Nível de Dependência da amostra em cada uma das Actividades do Autocuidado "Tomar banho" .....	51
Tabela 4 - Caracterização dos Níveis Globais de Dependência da amostra, em função de cada um dos tipos de Autocuidado .....	53
Tabela 5 – Matriz de correlação dos quatro Perfis de Autocuidado.....	58
Tabela 6 - Distribuição da amostra em função dos “Perfis de Autocuidado” .....	60
Tabela 7 - Distribuição dos casos inicialmente categorizados como “Indefinidos” .....	62
Tabela 8 - Diferenças nos <i>scores</i> dos Perfis de Autocuidado em função do Sexo.....	64
Tabela 9 - Correlação Formação/Perfis de Autocuidado.....	64
Tabela 10- Correlação Nível de Dependência (por domínios de autocuidado) / Perfis de Autocuidado .....	65
Tabela 11 - Estatística descritiva dos factores extraídos .....	68
Tabela 12 - Factor 1 – “Lidar com as actividades da vida diária” .....	69

Tabela 13 - Factor 2 – “Envelhecimento estimulante” .....	70
Tabela 14 - Factor 3 – “Relações Interpessoais significativas” .....	71
Tabela 15 - Factor 4 – “Boa Condição Física” .....	72
Tabela 16 - Factor 5 – “Aceitação dos tratamentos e Resignação face ao futuro” .....	73
Tabela 17 - Factor 6 – “Confiança nos profissionais de saúde” .....	74
Tabela 18 - Factor 7 – “Vida de sacrifício e sofrimento” .....	75
Tabela 19 - Factor 8 – “Capacidade de decisão e responsabilidade” .....	76
Tabela 20 - Factor 9 – “Adaptação ao envelhecimento” .....	77
Tabela 21 - Factor 10 – “Independência e dificuldades passadas” .....	77
Tabela 22 - Factor 11 – “Resignação face às inevitabilidades da vida” .....	78
Tabela 23 - Factor 12 – “Amargura e renúncia” .....	79
Tabela 24 - Correlação Nível de dependência (por domínio de autocuidado) / Factores	82

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Variáveis em estudo.....	35
Quadro II - Coeficientes de $\alpha$ de <i>Cronbach</i> da validação do instrumento (global) na Eslovénia (Adapt. de Zelznick, 2007) .....	40
Quadro III - Perfis de autocuidado e questões associadas .....	55
Quadro IV – “Questões Específicas” por Perfil de Autocuidado .....	57



## **ABREVIATURAS/SIGLAS**

ARS NORTE – Administração Regional de Saúde do Norte

AVD – Actividades de Vida Diária

ICN – International Council of Nurse

INE – Instituto Nacional de Estatística

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCHDE – Self-care of Home Dwelling Elderly

SPSS – Statistical Packaged for the Social Sciences

USF – Unidade de Saúde Familiar





## INTRODUÇÃO

O Autocuidado é uma área que assume grande relevância para a disciplina de Enfermagem; sendo entendido como o cuidado pessoal que os seres humanos realizam diariamente e que pode ser modificado pelo estado de saúde, pelas condições ambientais, por efeitos dos cuidados médicos e outros factores (Orem, 1991).

O Conselho Internacional de Enfermagem / International Council of Nurses – ICN - (2005) define o autocuidado como algo intrínseco à natureza singular de cada cliente, centrado no *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária.”* (p.46)

A relevância que o conceito assume para a disciplina implica igual importância para o exercício profissional dos enfermeiros (Silva, 2007). É neste contexto que a Ordem dos Enfermeiros, já em 2003, destacava a promoção do autocuidado como um dos pilares estruturais da construção da qualidade dos cuidados de enfermagem, facto corroborado pelos resultados do estudo de Pereira, em 2007. Assim, *“o enfermeiro tem por objectivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado”*. A sua habilidade para observar e orientar os pacientes, de os envolver nas actividades da vida diária e a sua visão do indivíduo como um todo, tornam o exercício profissional dos enfermeiros fundamental na promoção do autocuidado (Hoogerduijn et al., 2006).

Ao melhorar o autocuidado estamos, por um lado, a promover a saúde, a qualidade de vida e a satisfação dos clientes; por outro lado, a aumentar o sentido de responsabilidade, o controlo, a independência e a autonomia dos indivíduos. Desta forma, como nos dizem diversos autores, os cuidados de enfermagem podem contribuir, de forma decisiva, por exemplo, para a diminuição da utilização (*“indevida / excessiva”*) dos serviços de saúde e para a redução dos custos (directos e indirectos) com a saúde, em síntese, para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Sidani, 2003; Sacco-Peterson & Borell, 2004; Department of Health, 2005; Pereira, 2009).

Enquanto profissionais de saúde, os enfermeiros têm, portanto, a missão de promover aprendizagens significativas para os clientes; tomando por objectivo capacitar

as pessoas de competências para promover a saúde, bem como enfrentar a doença, mobilizando as energias, para se adaptar e efectuar o autocuidado (Meleis, 2005; Silva, 2007). Neste sentido, o fenómeno de “autocuidado” é um foco de interesse da disciplina – Enfermagem; preocupada que está, dado o seu carácter prático, com a construção de conhecimento capaz de fazer avançar a natureza dos cuidados e a sua qualidade.

A relevância do autocuidado para a saúde deriva, em grande medida, tal como nos diz Marques (2007), de um aumento significativo das doenças crónicas não transmissíveis, da esperança média de vida e da morbilidade por acidentes (de trabalho, de viação e outros). Neste quadro, é consensual que o número de pessoas com perdas significativas da sua autonomia e capacidades de desempenho (Cfr. ICN, 2005) nas actividades de autocuidado (alimentar-se, posicionar-se, deambular...) venha a aumentar, o que exige respostas competentes dos serviços de saúde.

Tal como nos dizem Silva (2007) e Pereira (2007), um dos elementos centrais dos contributos singulares dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde das populações inscreve-se na promoção da autonomia no autocuidado e no desenvolvimento das capacidades de tomar conta, por parte dos membros da família prestadores de cuidados a dependentes.

Os dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2008) confirmam o cenário descrito, demonstrando que, em Portugal, se tem verificado um crescendo nos dados colhidos quanto ao “índice de dependência” dos idosos. O mesmo é dizer, que a proporção de idosos comparativamente aos outros estratos etários tem vindo a aumentar.

Mas o que significa dependência?

Bond & Bond (1987), citados por Davies e colaboradores (1997), definiam a dependência como a perda de controlo e da liberdade pessoal. Stabell e colaboradores (2004) corroboram aquela perspectiva, assumindo que a dependência é vista como produto da deterioração do funcionamento físico e mental dos indivíduos.

Silva-Smith e Kovach (2006), apoiados em estudos anteriores, definem dependência como o nível de sujeição de uma pessoa, aos outros, para realizar as actividades de vida diária (AVD); isto é, o estar dependente dos outros para o controlo das actividades do dia-a-dia. Por seu turno, Hoogerduijn e colaboradores (2006) associam a dependência ao declínio funcional dos indivíduos e à perda de independência nas actividades de autocuidado.

Em Portugal, de acordo com o Decreto-lei n.º 101/2006, disposição legal que cria e explicita a missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a dependência é entendida como a situação em que se encontra a pessoa que, por défice ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária.

Neste estudo, o conceito de dependência utilizado é o do ICN (2005, p. 107) que, traduzindo um juízo clínico e alicerçado nas premissas descritas nos parágrafos anteriores, significa a condição em que o cliente está “*dependente de alguém ou alguma coisa, para ajuda e apoio*”.

Como vimos, a reconstrução da autonomia, por parte dos clientes e a adaptação à condição de dependência, inscrevem-se no “core” do exercício profissional dos enfermeiros (Pereira, 2007; Silva, 2007). Neste quadro, muita da investigação que tem vindo a ser realizada sobre a problemática do autocuidado, iluminada pela perspectiva teórica das transições com relevância para a Enfermagem (Cfr. Meleis, 2005), tem vindo a apontar, como um dos factores intrínsecos ao cliente, que pode condicionar a referida reconstrução da autonomia e a adaptação à condição de dependência, o perfil de autocuidado do cliente.

O perfil de autocuidado, de acordo com aquilo que se infere dos estudos de Backman & Hentinen, entre outros (1999, 2001, 2007), traduz algo de profundo, inscrito no percurso biográfico das pessoas. Assim, é um conceito que não pode ser separado da vida concreta das pessoas, estando intimamente ligado com o seu passado, pelo que influencia o seu presente e futuro. Neste cenário, conhecer os perfis de autocuidado dos clientes poderá ser um parâmetro decisivo, para efeitos da definição de abordagens terapêuticas mais significativas e potenciadoras de ganhos em saúde, no domínio do autocuidado.

É neste enquadramento que se inscreve o estudo de investigação aqui relatado, centrado na expansão do nosso conhecimento e competência, no âmbito de uma área que reportamos como central para “cuidados significativos e diferentes, para pessoas diferentes”. Deste modo, não existindo, ainda, em Portugal, estudos que permitam perceber o potencial de utilização do conceito de “perfil de autocuidado”, na prática clínica e na compreensão dos problemas experienciados pelos clientes, no que diz

respeito ao autocuidado, evoluímos numa investigação iluminada pela questão: “Que perfis de autocuidado apresentam as pessoas com dependência no autocuidado?”

Com efeito, enquanto a “dependência no autocuidado” traduz um estado ou condição (num determinado horizonte temporal); o “perfil de autocuidado” diz respeito a traços mais duradouros e definidores do próprio cliente, que podem influenciar aquela condição ou estado. É neste quadro que está ancorado o estudo que levamos por diante, num paradigma exploratório.

Relativamente à organização estrutural, este relatório encontra-se dividido em quatro partes fundamentais. A primeira refere-se ao enquadramento teórico da problemática, onde são apresentadas os limites conceptuais do fenómeno em estudo - o autocuidado.

A segunda parte diz respeito às questões metodológicas da investigação realizada. Aí, são enunciados os objectivos do trabalho, o tipo de estudo realizado, as questões referentes à população e à amostra, bem como os aspectos relativos ao processo de colheita e respectiva análise.

O terceiro grande capítulo do presente relatório corresponde à apresentação e discussão dos resultados. Iniciamos pela caracterização da amostra para, após, descrevermos os perfis de autocuidado encontrados nos participantes. Nesta fase, os resultados são interpretados e comparados com estudos anteriores, em particular com aqueles realizados com base no mesmo tipo de abordagem conceptual que foi adoptada na nossa investigação.

Por último, a quarta secção corresponde às conclusões do estudo, tomando por referência os objectivos traçados à partida.

## 1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

O estudo aqui relatado toma por objecto o fenómeno do autocuidado (ICN, 2005), enquanto dimensão central da prática clínica dos enfermeiros e conceito estruturante do domínio da disciplina do conhecimento – Enfermagem. O conceito de autocuidado tem acompanhado o processo de afirmação disciplinar da Enfermagem, pela relevância que assume para o quotidiano profissional dos enfermeiros, maior grupo profissional da saúde. Uma parte significativa dos processos e condições de compromisso na saúde dos clientes faz-se acompanhar de limitações, dependência e / ou perda de autonomia no autocuidado, o que justifica todo o investimento a que assistimos, em termos de investigação, neste domínio problemático.

Neste contexto, o estudo que levamos por diante pretende ser mais um contributo para aquele movimento de pesquisa, tomando por foco concreto um aspecto que urge explorar – o(s) perfil(is) de autocuidado -, pelo significado que pode ter na compreensão das experiências vividas pelos clientes com “problemas” relativos ao autocuidado, bem como na definição de terapêuticas de enfermagem mais efectivas.

### 1.1 O(S) CONCEITO(S) DE AUTOCUIDADO

Desde os anos 50 que o autocuidado tem vindo a ser investigado na Enfermagem. Contudo, só em 1970, através dos estudos de D. Orem, do *Nursing Development Conference Group*, é que este conceito foi progressivamente formalizado (Orem, 1991; Sidani, 2003).

Dorothea Orem (1991) define o autocuidado como a prática de actividades que os indivíduos iniciam e realizam para manter a sua própria vida, saúde e bem-estar. O autocuidado também pode ser entendido como uma conduta que cada pessoa adopta e que existe em situações concretas da vida, dirigida pela pessoa para si mesma, de modo a controlar os factores que afectam o seu desenvolvimento e funcionamento em benefício da sua vida, saúde ou bem-estar. (Orem, 1991; Söderhamn, 2000, 2001).

Nicholas (1993, cit. por Backman, 1999) reforça a perspectiva de Orem, afirmando que actividades de vida diárias, como alimentação, o exercício e o repouso podem ser usadas para “medir” e caracterizar o autocuidado de cada pessoa.

O autocuidado engloba as actividades exigidas à satisfação das necessidades diárias, geralmente denominadas Actividades de Vida Diária (AVD). As AVD são aprendidas ao longo do tempo e tornam-se hábitos, que duram para “toda” a vida. Incluídos na ampla categoria de actividades de autocuidado estão, não apenas as tarefas que devem ser feitas (higiene, banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, alimentar-se...), mas também, aspectos relativos à forma como estas “tarefas” são feitas, quando, onde e com quem (Carpenito-Moyet, 1998).

Theuerkauf (2000) refere que o autocuidado *“é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”* (p.173). Desta forma, assume que o autocuidado pode ser diferente de pessoa para pessoa, considerando que o importante é que as pessoas se responsabilizem por ele e o realizem correctamente, de acordo com as suas capacidades.

Proot e colaboradores (2000, 2007) também admitem que autocuidado é mais do que actividades aprendidas. Estes autores assumem que o conceito de autocuidado inclui as capacidades dos indivíduos de mobilidade, comunicação, cognição e as actividades da vida diária necessárias ao (bom) funcionamento humano.

Em 2005, o Departamento de Saúde do Reino Unido, ancorado na concepção de Jaarsma e colaboradores (2000), define o autocuidado como o cuidado realizado pelos indivíduos para promover a sua saúde e bem-estar, mas incluindo os cuidados prestados às suas crianças, família, amigos e outros (Department of Health, 2005). Esta definição distingue-se das anteriores e retoma uma dimensão já proposta por Orem, ao incluir na definição de autocuidado o “cuidar dos outros” que são próximos e significativos.

A concepção de autocuidado adoptado pelo Departamento de Saúde do Reino Unido remete-nos, ainda em linha com aquilo que vários autores postulam, com lugar de destaque para Orem, para a gama de factores que influenciam o envolvimento e as actividades de autocuidado das pessoas. Aqui inscrevem-se factores como: a história e experiência pessoal; o nível de conhecimento; as crenças e valores; as habilidades cognitivas e aptidões literárias; os antecedentes culturais; a confiança, auto-estima, auto-eficácia e auto-controlo; a capacidade de avaliação da realidade; a capacidade de tomar

decisões; a capacidade de avaliação da informação existente e a forma como esta é apresentada; a evidência dos benefícios do suporte para o autocuidado e o suporte e encorajamento dos profissionais de saúde (Department of Health, 2005).

Deste largo espectro de variáveis, para efeitos do nosso estudo e de acordo com Backman & Hentinen (2001), merecem relevo, entre outros, os aspectos relativos à história e percurso de vida de cada pessoa.

Esses factores a que fomos fazendo referência, de acordo com a literatura disponível, podem ser classificados em cinco grandes categorias: factores cognitivos; factores psicológicos; factores físicos; factores / aspectos demográficos; e factores socioculturais (Orem, 1991; Sveen et al., 1999; Backman & Hentinen, 2001; Sidani, 2003; Sacco-Peterson & Borell, 2004; Callaghan, 2005; Proot et al., 2007). Como é possível perceber da descrição que a seguir fazemos, as três primeiras categorias reportam aspectos “mais intrínsecos” à pessoa e as duas últimas categorias incluem aspectos passíveis de serem categorizados como “variáveis externas” à pessoa.

Assim, os factores cognitivos relacionam-se com as capacidades de aprendizagem, de resolução de problemas e de organização da pessoa; a memória, os conhecimentos e a percepção de eficácia / benefício dos tratamentos.

Os factores psicológicos têm que ver com aspectos que dizem respeito à personalidade, à auto-estima, à auto-disciplina e auto-conceito dos indivíduos, assim como à motivação que possuem e à percepção de auto-eficácia.

A terceira categoria refere-se aos factores físicos, como a destreza, a força e outras capacidades psicomotoras, o estado funcional.

Os factores demográficos reportam-se à idade, sexo, educação, nível socioeconómico e estilo de vida dos indivíduos.

Finalmente, os factores socioculturais estão relacionados com o suporte familiar, com o suporte social, com as crenças e práticas culturais, com as crenças e valores sobre a saúde e também, com os recursos materiais disponíveis.

O conceito de autocuidado, com grande frequência e em muitos estudos, tende a ser circunscrito às AVD mais básicas, o que “desalinha” com a concepção de Orem, corroborada pelo Departamento de Saúde do Reino Unido. Na realidade, o próprio ICN (2005; 2010) expande o conceito a aspectos mais elaborados da vida dos clientes, ao dizer que o autocuidado “*é uma actividade realizada pelo próprio ...*”, que consiste no “*... tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as*

*necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária*” (ICN, 2005, p. 46). Esta perspectiva, assumindo que autocuidado é o cuidado prestado pelo indivíduo a si próprio, acrescenta que o mesmo corresponde não só às actividades de vida diária, mas também a todas as necessidades de cada pessoa. Desta forma, o autocuidado é concebido como uma prática constante da vida das pessoas.

Sendo certo que o autocuidado é algo constante na vida das pessoas, podemos assumir que existem elementos que o definem que se vão consolidando ao longo do percurso biográfico de cada um. Esta premissa, passível de ser relacionado com as categorias de factores mais pessoais, que influenciam a forma como cada um vive e realiza o seu autocuidado, de acordo com os resultados dos primeiros estudos de Backman e Hentinen (1999), corresponderá àquilo que aqui designamos como “perfis de autocuidado”.

## 1.2 OS PERFIS DE AUTOCUIDADO

Em 1999, Backman e Hentinen realizaram um estudo, recorrendo à *Grounded Theory*, cujo objectivo era desenvolver um modelo explicativo do autocuidado de idosos em atendimento domiciliar, residentes na Cidade de *Oulu*, na Finlândia. Com o estudo, construíram um modelo explicativo, onde identificam e caracterizam quatro perfis de autocuidado, cada um com diferentes condições para a acção e diferentes significados; nomeadamente, o *Autocuidado Responsável*, o *Autocuidado Formalmente Guiado*, o *Autocuidado Independente* e o *Autocuidado de Abandono*.

De acordo com Backman e Hentinen (1999; 2001), o autocuidado, inscrito na matriz existencial das pessoas, está intimamente conectado com o seu passado, a sua experiência de vida. Segundo estas autoras, destacam-se como factores que influenciam o perfil de autocuidado os antecedentes pessoais, a personalidade da pessoa e as suas experiências de saúde e envelhecimento. É certo que os estudos de Backman e Hentinen e aqueles que lhe deram continuidade estão muito centrados na população mais idosa, o que acaba por ser compreensível, na medida em que é aí que se intensificam (emergem) “problemas e limitações mais acentuadas no autocuidado”.

Naquilo que se refere aos quatro perfis de autocuidado identificados, importa clarificar que os resultados dos estudos de Backman e Hentinen demonstram que muitos clientes evidenciam perfis de autocuidado “mesclados”. Desta forma, os quatro perfis



(básicos) de autocuidado definidos permitem, após, descrever os “perfis concretos” (muitas vezes compostos) de cada pessoa específica. No entanto, nos estudos originais, foi possível identificar participantes que aderiam perfeitamente a cada um dos quatro perfis “puros”, facto que os permitiu identificar.

Assim, o autocuidado *Responsável* implica a actividade e responsabilidade em todas as actividades da vida diária, bem como nas acções para cuidar da saúde e da doença. As pessoas com este perfil sabem as razões para qualquer tipo de tratamento e tomam decisões sobre se o fazem ou não. Procuram saber os motivos dos seus sintomas e as possibilidades de tratamento e, se notam que algo não está bem, não hesitam em procurar apoio junto dos profissionais de saúde, criando relações com os mesmos que normalmente duram muito tempo. Este perfil de autocuidado é um verdadeiro estilo de vida. Estas pessoas têm muito cuidado com a sua condição física, realizam uma alimentação saudável e praticam e/ou interessam-se pelo exercício físico. Demonstram, também, uma experiência positiva no que respeita ao envelhecimento e esperam a colaboração dos enfermeiros na orientação positiva para uma vida activa.

Um perfil de autocuidado *Formalmente Guiado* consiste na observação regular do desempenho das tarefas diárias. Estas pessoas fazem o que lhes é dito, mas não questionam os motivos para as suas acções, apenas obedecem a instruções relativas à sua saúde. Baseiam-se na experiência de vida de outros e têm uma visão realista no que respeita às consequências do envelhecimento. Com este perfil de autocuidado há uma tendência para aceitar a vida tal como ela é. Trata-se de pessoas que esperam muito dos enfermeiros, atribuem-lhes o controlo da sua saúde.

O perfil de autocuidado *Independente* baseia-se no desejo que a pessoa sente de ouvir “a sua voz interior”. Estas pessoas demonstram formas originais de cuidar das suas actividades diárias, da sua saúde e das suas doenças gerindo-as autonomamente e sem orientação. Quando reparam que algo não está bem, não procuram ajuda e tentam solucionar o problema sozinhas, muitas vezes por tentativa e erro. Não referem os sintomas ou doenças e comparam-se com os outros, considerando-se mais saudáveis. Estas pessoas recusam muitas vezes os conselhos dos profissionais de saúde. Para estas pessoas, a casa é o lugar onde se sentem seguros e onde querem ficar para sempre, mesmo que isso signifique ficarem sozinhas, isoladas e com graves compromissos na sua autonomia.

Um perfil de autocuidado de *Abandono* é caracterizado pela impotência e falta de responsabilidade. São pessoas que não cuidam de si próprias, que nunca foram capazes de gerir a sua vida e que se sentem impotentes por diferentes razões, porque não sabem ler, perderam a audição ou não são capazes de se mover, etc. Estas incapacidades são associadas a uma forte vontade de desistir. A condição de autocuidado de abandono está fortemente associada à tristeza e quadros (crónicos) de depressão. Estas pessoas sentem-se inseguras em relação ao futuro e sentem medo da dor, da incapacidade, do declínio, da perda de controlo e da morte. Estes indivíduos constituem um desafio para a enfermagem. De acordo com Backman e Hentinen, por exemplo, os períodos após a alta hospitalar e os períodos de luto são momentos críticos que requerem máxima vigilância. Em ambos os casos, as pessoas podem desenvolver stress pós-traumático, pelo que necessitam de muito apoio e supervisão por parte dos enfermeiros. São pessoas introvertidas e que sempre sentiram que durante toda a sua vida foram uns miseráveis, que não eram respeitados, vivendo experiências amargas.

Conforme se depreende das características definidoras de cada um dos perfis de autocuidado, os estudos orientados para o conhecimento dos “perfis de autocuidado” devem ser baseados em relatos dos clientes, de cariz (quase) auto-biográfico. Este tipo de informação poderá ter um impacto muito significativo na natureza das abordagens terapêuticas a mobilizar, bem como na intensidade e formas de acompanhamento dos diferentes clientes, com distintos perfis de autocuidado.

Em 2001, Backman e Hentinen realizaram um novo estudo sobre os factores que influenciam o autocuidado de idosos em atendimento domiciliário. O mesmo tinha como objectivo conhecer a forma como a capacidade funcional, a satisfação com a vida e a auto-estima estavam relacionados com os tipos de autocuidado anteriormente estabelecidos, no estudo realizado em 1999. Produziram, então, um estudo longitudinal, com base numa abordagem quantitativa, tendo os resultados evidenciado existir relação entre os referidos factores e os perfis de autocuidado.

Os resultados obtidos em relação à capacidade funcional demonstraram que os indivíduos cujos comportamentos para o autocuidado eram *independentes* mostravam ser também mais independentes nas actividades de vida diária e os que apresentavam um autocuidado de *abandono* não geriam as suas actividades da vida diária sem ajuda. Quase todos os idosos que mostraram comportamentos de autocuidado *formalmente*

*guiados* ou *responsáveis* geriam as suas actividades da vida diária, embora com algumas dificuldades.

No que respeita à satisfação com a vida, o estudo evidenciou que os idosos com comportamentos de *abandono* no autocuidado possuíam baixa satisfação com a vida e idosos com comportamentos *formalmente guiados* referiam níveis elevados de satisfação com a vida.

Finalmente, a relação entre os diferentes perfis de autocuidado e a auto-estima revelou que os indivíduos *responsáveis* pelo autocuidado apresentavam elevada auto-estima, bem como os indivíduos com comportamentos de autocuidado *independente* e *formalmente guiado*. Os idosos com autocuidado do tipo *de abandono* demonstraram possuir níveis significativamente mais baixos de auto-estima.

Deste modo, foi possível admitir que o autocuidado de uma pessoa é uma parte importante da sua vida, estando relacionado com a auto-estima, a partir de experiências da vida e contribuindo para a sua satisfação com a vida.

A capacidade funcional dos idosos também está relacionada com o autocuidado e esta relação pode ocorrer em dois sentidos: capacidade funcional que tem um efeito sobre o autocuidado e vice-versa. Isto é: os indivíduos com perfis de *autocuidado responsável* tendem a ter maior capacidade funcional e, quando a capacidade funcional dos idosos se mantém, estes tendem a evidenciar traços de autocuidado de perfil responsável ou mesmo independente.

Este conjunto de aspectos parece ter grande impacto na prática clínica dos enfermeiros que cuidam de pessoas com limitações no autocuidado, na medida em que nos permite compreender os comportamentos de autocuidado dos clientes e desta forma, maximizar as suas (dos clientes) potencialidades.

É a partir desta visão que, em 2007, Rasanen, Kyngas e Backman, e, quase em paralelo, Zelznick (na Eslovénia), realizaram uma sequência de dois estudos com o propósito de desenvolver um instrumento para testar essa mesma teoria e para ser utilizado em contexto clínico, de modo a avaliar o perfil de autocuidado de idosos em atendimento domiciliar e os seus factores associados.

O instrumento desenvolvido, para além de incluir uma parte preliminar de descrição de dados sócio – demográficos do cliente (participante) inclui uma escala, com 42 questões orientadas para a identificação do perfil de autocuidado do cliente

(Anexo I). Para além disso, o estudo original incluiu outras escalas - constructos, como, por exemplo, a auto – estima, que foram relacionadas com o perfil de autocuidado.

O potencial de utilização do constructo - perfil de autocuidado - e de instrumentos que o descrevam, na prática clínica é aquilo que nos animou para esta investigação. Na realidade, ao longo da sua vida, os clientes experimentam situações de compromisso no autocuidado, muitas vezes com mudanças significativas nas suas capacidades de desempenho, que os desafiam a operar mudanças significativas no conceito de si, nos papéis que desempenham e nas competências adaptativas que devem mobilizar para lidarem com as transições (Meleis et al, 2000; Meleis, 2005; Silva, 2007).

O conceito de transições com relevância para a enfermagem tem sido utilizado e aprofundado por Meleis e colaboradores, ao longo dos últimos 20 / 25 anos. No contexto português, temos assistido a uma aceitação desta perspectiva teórica, com grande carácter operativo (clínico), nos últimos 10 anos, muito por via dos estudos de Silva (2001) e Lopes (1999).

### **1.2.1 Os Perfis de Autocuidado como factor com potencial de condicionar o curso das transições dos clientes**

O termo transição deriva do latim *transitiōne*, significando uma mudança duradoura, um acto ou efeito de passar de um estado ou lugar para outro (Abreu, 2008).

Segundo Meleis e colaboradores (2000), o conceito de transição, no contexto da enfermagem, remete para uma mudança do estado de saúde, nos papéis desempenhados pelos clientes, nas expectativas de vida, nas habilidades ou mesmo na capacidade de gerir as condições de saúde. Para aquelas autoras, as transições com relevância para a enfermagem desafiam o cliente a incorporar novo conhecimento e novas habilidades, capazes de modificar comportamentos e a definição que o cliente faz de si e da sua condição.

Em linha com aquilo que é sugerido por Meleis e colaboradoras, Silva (2007) aponta, como exemplos de transições com relevância para a prática de enfermagem a assunção do papel de membro da família prestador de cuidados de um dependente; a construção dos papéis parentais; a mudança de uma condição de independência / autonomia no autocuidado para um quadro de dependência ou; por exemplo, a

incorporação de um regime terapêutico complexo no quotidiano. Na mesma perspectiva, Pereira (2007) reconhece as mesmas áreas como inscritas no domínio ou “core” da disciplina de enfermagem e dimensões essenciais na construção da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

As transições resultam em e são resultado de alterações na vida e na saúde dos clientes, sendo entendidas como a passagem ou movimento de uma fase da vida para outra, de uma condição ou *status* para outro (Meleis et al., 2000; Meleis, 2005). Meleis (2005) encara os processos desenvolvimentais e o ciclo de vida, onde se inserem as experiências de saúde e doença, como potenciais situações de transição devido às mudanças que provocam nas pessoas e no meio ambiente. Neste contexto, a enfermagem, enquanto ciência humana focada nas experiências e respostas dos indivíduos à saúde e doença, deve procurar identificá-las, descobrir os factores que as influenciam para, deste modo, ajudar os clientes a viverem essas transições de modo saudável.

O cliente é, assim, visto como um agente intencional, com grande dinamismo, que é desafiado a lidar com mudanças nos seus papéis e comportamentos. Estas mudanças nos papéis e comportamentos correspondem a “transições”. O cliente em transição é “... *um ser humano com necessidades e que está em constante interacção com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas alterações mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio*” (Meleis, 2005, p. 107). O carácter distintivo que coloca esta visão do cliente no centro do domínio disciplinar da enfermagem radica na intencionalidade que define cada ser humano e o distingue de todos os outros, nas necessidades dinâmicas que apresenta e na sua capacidade para se ajustar de forma eficaz às alterações que o meio que o envolve lhe exige e que implicam modificações nos seus papéis ou comportamentos.

Com frequência, os desequilíbrios que os clientes podem experimentar são manifestados pela dificuldade ou incapacidade para satisfazer as suas necessidades de autocuidado; o mesmo é dizer: na incapacidade para tomar conta de si mesmo; ou, por exemplo, dos que lhe são significativos. Quando os desequilíbrios não são ultrapassados, os clientes tendem a evidenciar padrões de respostas “não adaptativas”, sentimentos de perda de controlo e de não estar “situado”. A missão da enfermagem,

enquanto profissão, neste âmbito, é ajudar os clientes a desenvolverem padrões de resposta compatíveis com a saúde.

As terapêuticas de enfermagem, capazes de ajudar os clientes a viverem transições no sentido da saúde – “Mestria” (Cfr. Meleis, 2005), devem incluir e mobilizar os factores que podem facilitar ou dificultar o sucesso das transições. Na opinião de Meleis e colaboradoras (2000), tais factores ou “*condicionalismos*” podem ser categorizados em três dimensões: i) pessoal; ii) da comunidade; iii) da sociedade.

Dentro dos condicionalismos pessoais podem ser enquadrados aspectos como os significados atribuídos pelo cliente, por exemplo, à perda de autonomia no autocuidado, as suas crenças culturais e atitudes, ou as suas condições económicas. É também dentro desta categoria que Meleis e colaboradoras (2000) incluem a preparação (prévia) e conhecimentos do cliente. Os factores descritos não são exaustivos e correspondem àquilo que a investigação, como frequência, identifica. Assim, o “*perfil de autocuidado*” do cliente pode ser concebido como um constructo inscrito dentro dos condicionalismos pessoais que podem influenciar o sucesso da transição.

Naquilo que se reporta aos factores condicionantes das transições categorizados como relativos à comunidade podemos incluir aspectos como os processos familiares ou o nível de suporte que os clientes têm disponível. É certo que aspectos da sociedade como leis e regulamentos ou organização de serviços de saúde podem condicionar o curso das transições experienciadas pelos clientes.

Reconhecendo a influência que os perfis de autocuidado podem ter sobre o curso das transições dos clientes, julgamos adequado explorar a problemática, no sentido de podermos expandir o nosso conhecimento sobre o fenómeno.

### 1.3 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O estudo aqui relatado, pelo exposto acerca da problemática – o Autocuidado -, inscreve-se no domínio disciplinar da Enfermagem, uma vez que o autocuidado é essencial para o funcionamento humano (Orem, 1991, Proot et al., 1998).

Todas as disciplinas do conhecimento têm um domínio ou território teórico nuclear que se caracteriza por uma grande estabilidade em torno dos seus conceitos centrais, e por um dinamismo produtivo (de investigação) à volta das questões e formas como eles (os conceitos centrais) são desenvolvidos e teorizados.

O domínio *“é a perspectiva e o território da disciplina. Inclui o objecto de interesse, os valores e crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina”* (Meleis, 2005, p. 11).

O domínio da disciplina de enfermagem é delimitado por aspectos que ligam com a sua prática, formação e gestão. É neste enquadramento que se situa o conceito de autocuidado, área onde, desde os trabalhos de Orem, se situam um largo número de aspectos de saúde com relevância para a disciplina e profissão. Referimo-nos a aspectos como, por exemplo, os fenómenos de défice no autocuidado ou a gestão dos regimes terapêuticos (Cfr. NANDA, 1995; 1998, 2003).

O conceito de autocuidado, explorado e desenvolvido, como vimos, por D. Orem, insere-se dentro da Escola das Necessidades (Meleis, 2005, p. 185 – 187); a qual advoga que o cliente é caracterizado por um conjunto de necessidades básicas que exigem manutenção, podendo, de forma transitória ou permanente, entrar em défice ou dependência. O papel da enfermagem é assegurar essas actividades e promover a independência / autonomia, através de intervenções de suporte e educação (*coaching*) dos pacientes. Segundo Evers (2003), um dos principais focos de interesse da investigação em enfermagem para os próximos anos, passa pela intensificação de pesquisas dirigidas pelo conceito de *“acções de autocuidado”*. É neste movimento que se situa o estudo que desenvolvemos.

O objectivo central do processo de investigação / teorização em enfermagem é, como nos dizia Pereira (2007), o desenvolvimento de conhecimento capaz de explicar e compreender a natureza dos fenómenos de interesse para a enfermagem, as relações que se estabelecem entre eles e as condições / contextos sob os quais ocorrem e se desenvolvem. Contudo, a utilidade das teorias de enfermagem não se esgota na dimensão explicativa dos fenómenos, visa, também, dada a natureza prática da ciência de enfermagem, o desenvolvimento de conhecimento capaz de guiar as práticas de cuidados (Meleis, 2005, p. 18 – 19).

Ao longo da apresentação da problemática, destacamos que os estudos realizados sobre o autocuidado também visam a enunciação e avaliação dos factores que o influenciam e o estabelecimento de uma relação entre os comportamentos de autocuidado e a saúde dos clientes. Deste modo, tendo por base a importância do autocuidado para a disciplina Enfermagem, bem como o facto de não existirem, ainda,

em Portugal estudos que explorem o potencial explicativo e de utilização dos perfis de autocuidado (Cfr. Backman & Hentinen, 1999; 2001) na compreensão das transições vividas pelos clientes, pareceu-nos relevante realizar o presente estudo, cujo objectivo principal é caracterizar, quanto ao perfil de autocuidado, os indivíduos dependentes.



## 2. METODOLOGIA

O presente capítulo tem como intuito a descrição dos materiais e métodos utilizados no desenvolvimento deste projecto de investigação. Inicia-se com a descrição da finalidade e objectivos do estudo, seguido das questões relativas ao desenho. Posteriormente, evoluímos na descrição dos aspectos relativos aos procedimentos de recolha e análise dos dados.

### 2.1 FINALIDADE E OBJECTIVOS

Este estudo visa *conhecer os perfis de autocuidado* (Backman & Hentinen, 1999; 2001; Rasanen, Kyngas & Backman, 2007) *que os clientes inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) de Valadares evidenciam*. Por esta via, pretendemos aprofundar o conhecimento disponível acerca do potencial de utilização daquele constructo, concebido como um condicionalismo (pessoal) às transições, nas abordagens terapêuticas de enfermagem. Acreditamos que, assim, poderemos *contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*.

O estudo aqui relatado encontra-se inserido num projecto de investigação mais alargado, articulado com três percursos de mestrado, em curso na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que pretende, com maior alcance e profundidade, cumprir a finalidade que enunciamos. Clarificada a finalidade do estudo, importa evoluir na apresentação dos objectivos específicos que o nortearam.

Assim, os objectivos que perseguimos foram:

- *Identificar os perfis de autocuidado predominantes;*
- *Descrever os perfis de autocuidado dos participantes;*
- *Discutir o potencial de utilização do instrumento de “avaliação” do perfil de autocuidado.*

Depois de enunciados os objectivos do estudo, urge avançar para a descrição do tipo de estudo empreendido. Dada a natureza dos objectivos propostos, julgamos

adequado evoluir para um desenho de estudo, do tipo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal.

## 2.2 TIPO DE ESTUDO

As opções metodológicas realizadas para um estudo de investigação, bem como o tipo de abordagem a cumprir estão dependentes daquilo que o investigador pretende saber (Santos & Clos, 1998; Polit, Beck & Hungler, 2004).

O estudo que foi concebido inscreve-se num paradigma de investigação quantitativa, orientada para a descrição de regularidades (estatísticas) e a dimensão quantitativa do(s) fenómeno(s). O perfil exploratório adoptado, visa, através da recolha de dados em “*grandes massas de casos*” e de procedimentos de análise estatística (descritiva e inferencial), estimar a dimensão e distribuição do problema em estudo e das suas variantes (Fortin, 2000; Polit, Beck & Hungler, 2004; Wiadomy, 2010).

Como já tivemos oportunidade de referir, o estudo aqui relatado inscreve-se numa lógica exploratória, centrada na descrição do problema em estudo – os perfis de autocuidado –, através de um processo de recolha de dados num único momento; o que lhe confere um carácter transversal (Polit, Beck & Hungler, 2004; Ribeiro, 1999).

Nos estudos quantitativos, à partida, as variáveis tendem a ser muito bem identificadas e operacionalizadas.

## 2.3 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Na literatura disponível, existem diversas tipologias para categorizar as variáveis de um estudo. É certo que muitas das tipologias encontradas têm um forte alinhamento com os próprios desenhos dos estudos. Para efeitos deste relatório, optámos por falar em variáveis “*independentes*” ou de “*atributo*”, que nos permitem caracterizar cada um dos casos em estudo, e variáveis “*dependentes*” ou “*em estudo*”, quando nos referimos ao conceito central em estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004).

As variáveis em estudo nesta investigação são as definidas no quadro seguinte:

Quadro I - Variáveis em estudo

Variáveis	Tipo	Valor
Sexo	Qualitativa, Nominal, dicotómica	Masculino Feminino
Idade	Quantitativa	Em anos completos
Estado civil	Qualitativa, Nominal	Casado(a) / em união de facto Solteiro(a) Viúvo(a) Divorciado(a)
Escolaridade	Quantitativa	Em anos completos
Actividade Profissional	Qualitativa, Nominal	Trabalhador (a) activo(a) Reformado(a) Desempregado(a)
Nível de dependência (por tipo de Autocuidado)	Qualitativa, Ordinal	1 - Dependente não participa 2 - Necessita de ajuda de pessoas 3 - Necessita de ajuda de equipamento 4 - Completamente independente
<i>Itens relativos ao “Perfil de Autocuidado” (42 questões)</i>	<i>Qualitativa, Ordinal</i>	<i>1 - Discordo Totalmente 2 - Discordo Parcialmente 3 - Não concordo, nem discordo 4 - Concordo Parcialmente 5 - Concordo Totalmente</i>

Conforme se percebe da consulta do quadro anterior, as variáveis independentes (células sem preenchimento) correspondem a um conjunto de parâmetros que nos permitem caracterizar cada um dos casos, quer em termos dos principais dados sócio – demográficos (sexo; idade; estado civil...), quer em termos de nível de dependência nos diferentes tipos de Autocuidado (Cfr. ICN, 2006). Importa clarificar que a avaliação do nível de dependência em cada um dos tipos de Autocuidado (ex.: *Tomar banho; Alimentar-se; Posicionar-se; Transferir-se...*) foi feita com base num instrumento desenvolvido na ESEP (Anexo II), integrado em vários estudos de investigação, com a coordenação do Prof. Abel Paiva e Silva e Prof. Alice Brito (Duque, 2009). O referido instrumento, com elevados níveis de validade e fiabilidade, inclui várias sub – escalas, cada uma relativa a um daqueles tipos específicos de autocuidado.

A descrição dos perfis de autocuidado – variável dependente / em estudo – foi feita com base no conjunto das respostas relativas às 42 questões que o instrumento desenvolvido por Backman e Hentinen (1999; 2001) incorpora; cada uma delas operacionalizada numa escala ordinal de “concordância”, com cinco pontos.

Uma vez definidas e operacionalizadas as variáveis em estudo, consideramos pertinente discutir os aspectos relativos ao plano de amostragem adoptado.

## 2.4 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população em estudo corresponde à totalidade dos casos que, cumprindo os critérios de inclusão no estudo, possuem ou experienciam o fenómeno em estudo. Nos projectos de investigação, nem sempre a “*população acessível*” corresponde à totalidade da população efectiva (Fortin, 2000; Polit, Beck & Hungler, 2004). Depois de uma primeira abordagem ao contexto onde decorreu a investigação – USF Valadares -, a população acessível do estudo correspondeu a todos indivíduos com algum grau de dependência, em pelo menos um dos tipos de autocuidado, inscritos naquela USF. Delimitada a população acessível, evoluímos na definição de um conjunto mais restrito de critérios de inclusão no estudo, conscientes que estávamos das dificuldades de incluir todos os casos da população na investigação. Assim, foram estipulados os seguintes critérios de inclusão na amostra:

- *Cliente inscrito na USF Valadares;*
- *Idade superior a 18 anos;*
- *Falar fluentemente e compreender Português;*
- *Não apresentar nenhum défice cognitivo (actual);*
- *Evidenciar algum grau ou nível de dependência (ainda que ligeiro) em um dos tipos de Autocuidado, conforme o “Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado” adoptado;*
- *Clientes que aceitem participar no estudo, depois de devidamente informados da natureza e objectivos do mesmo.*

O limite (mínimo) imposto para a idade dos participantes visou desenvolver o estudo com adultos, apesar dos estudos originais se focarem em pessoas idosas. Contudo, assumimos, desde o início, no contexto do estudo mais alargado em que se inscreve esta investigação, o objectivo de perceber o potencial de utilização do constructo – perfil de autocuidado – em adultos, e não exclusivamente em idosos. Os critérios “*falar e compreender português*” e “*não apresentar nenhum défice cognitivo*” derivam da natureza das questões em estudo, que exigem capacidade de processar informação, por parte dos clientes. A verificação da ausência de compromisso cognitivo foi validada por nós, no início da entrevista, com base em critérios incluídos

em indicadores clínicos de enfermagem, plasmados na Classificação de Resultados (Nursing sensitive Outcomes Classification – NOC) da autoria de Johnson, Maas & Moorhead (2000). Tais indicadores centram-se na capacidade de processar informação; concentração; memória, entre outros.

A verificação da existência de algum grau de dependência no autocuidado foi verificada por nós, com base na utilização dos critérios das Escalas de Avaliação da Dependência (...) já referida anteriormente.

Como não podia deixar de ser, todos os participantes foram devidamente informados da natureza do estudo e acederam livremente a cooperar na investigação.

#### **2.4.1 Plano de amostragem**

Clarificados os aspectos relativos à delimitação da população em estudo, importa avançar com a descrição do plano de amostragem adoptado.

Segundo Fortin (2000), a amostragem é o procedimento essencial num projecto de investigação, através do qual um grupo de pessoas (amostra) é incluído no estudo, definindo as fontes e estratégias de acesso aos casos/dados.

É certo que, idealmente, todos os investigadores pretendem trabalhar com toda a população. Todavia, quase sempre, isso torna-se inviável, porque consome muitos recursos (entre os quais, de tempo). Para além do mais, é possível, a partir de subconjuntos da população inferir o comportamento do fenómeno em estudo, na população. Assim, um subconjunto de uma população é “escolhido” ou “obtido” – amostra – com vista a obter informações relacionadas com o fenómeno a ser estudado, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada. Para este desiderato, é comum recorrer a amostras do tipo probabilístico.

No entanto, a composição deste tipo de amostras coloca alguns problemas operacionais. Em alternativa, vários investigadores, na posse de critérios claros de inclusão no estudo, decidem estudar “todos” os casos que “surjam”, constituindo, assim, uma amostra de conveniência.

Neste enquadramento, tendo por base o tipo de estudo e os seus objectivos; assim como o tempo disponível para a realização do mestrado, a técnica de amostragem que nos pareceu mais pertinente foi a amostragem por conveniência, onde os

participantes foram reunidos por conveniência ou facilidade. Desta forma podemos falar de uma amostra de conveniência, por critério temporal.

O nosso projecto foi apresentado e partilhado com os enfermeiros da USF de Valadares. Damos particular destaque às questões relativas à inclusão na amostra, nas reuniões que fizemos com os colegas.

Os participantes do estudo foram, em primeira instância, referenciados pelos enfermeiros da USF, a partir do conhecimento prévio dos critérios de inclusão, seleccionando-os dos programas de saúde existentes e das consultas que os clientes tinham agendado. Por questões de conveniência, relativa à dinâmica interna do contexto do estudo, privilegiou-se a recolha de dados quando os clientes se deslocavam às instalações da USF. Reconhecemos que, desta forma, muitos casos com critérios para serem incluídos no estudo acabaram por não participar na investigação; o que constitui uma limitação do percurso realizado.

Todos os casos referenciados pelos Enfermeiros de Família foram, após, avaliados por nós, no sentido de verificar com pormenor os critérios de inclusão no estudo.

## 2.5 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha dos dados que suportam esta investigação baseou-se na utilização de um formulário, o que incluiu, para além dos *dados sócio – demográficos*, um conjunto de questões que dão corpo ao instrumento de caracterização do *nível de dependência no autocuidado* e outro conjunto de 42 questões centradas na descrição do *perfil de autocuidado*. As 42 questões orientadas para a descrição do perfil de autocuidado correspondem ao resultado do processo de tradução da mesma secção da versão inglesa do “Self-Care of Home Dwelling Elderly - SCHDE” (Anexo III).

### 2.5.1 Instrumento de recolha de dados

O recurso a formulários é uma estratégia recorrente em estudos em que se reconhece a utilidade / vantagem do investigador poder esclarecer alguns aspectos das questões com os participantes, para além de permitir o envolvimento no estudo de

pessoas com limitações na leitura e / ou escrita, o que não é desprezível na população portuguesa mais idosa (Polit, Beck & Hungler, 2004).

O formulário, enquanto roteiro altamente estruturado da entrevista e documento preenchido pelo próprio investigador, possibilita um contacto pessoal e directo entre o investigador e o inquirido, permitindo ao investigador certificar-se que o inquirido percebeu as perguntas, para além de economizar tempo na obtenção dos dados (Marconi & Lakatos, 2008).

O instrumento primário, onde também está incluída a avaliação do perfil de autocuidado é de origem finlandesa, tratando-se de uma escala do tipo *Likert* com cinco possibilidades de resposta (Anexo I). O instrumento, como um todo, é multidimensional, incluindo dados do sujeito (localidade, idade, sexo...), subescalas que medem os perfis de autocuidado (constituída por 42 itens), orientação para o autocuidado (constituída por 12 itens), satisfação com a vida (constituída por 5 itens), auto-estima (constituída por 10 itens) e a capacidade funcional.

No estudo aqui reportado, não foram utilizadas as subescalas de orientação para o autocuidado, satisfação com a vida, auto-estima e capacidade funcional, sendo apenas a escala dos perfis de autocuidado relevante para o estudo, dado os seus objectivos.

No particular das 42 questões relativas aos perfis de autocuidado, os participantes tiveram que dar uma de cinco respostas possíveis (“Discordo totalmente”; “Discordo parcialmente”; “Não concordo nem discordo”; “Concordo parcialmente”; “Concordo totalmente”).

Apesar da versão original do SCHDE ser finlandesa, em 2007, Danika Zelznick realizou um estudo focado no autocuidado dos idosos em atendimento domiciliar que viviam na Eslovénia, utilizando (integralmente) o SCHDE, depois de traduzido para a língua eslovena. Do processo de tradução resultou uma versão em inglês que foi utilizada para validar, com as primeiras autoras, a tradução do finlandês para o esloveno. Os resultados globais obtidos por Zelznick (Quadro II), no que se reporta ao nível de consistência interna das várias escalas do instrumento foram concordantes com os resultados anteriormente obtidos por Backman & Hentinen (1999, 2001). O valor de  $\alpha$  de *Cronbach* apurado para a escala de avaliação dos perfis de autocuidado situou-se na ordem dos 0,75; valor que consideramos aceitável.

Quadro II - Coeficientes de  $\alpha$  de *Cronbach* da validação do instrumento (global) na Eslovénia (Adapt. de Zelznick, 2007)

Categorias do instrumento	Número de itens	$\alpha$ de <i>Cronbach</i>
<b><i>Perfil de Autocuidado</i></b>	<b>42</b>	<b>0,75</b>
Orientação para o autocuidado	14	0,60
Satisfação com a vida	5	0,84
Auto-estima	10	0,75
Capacidade Funcional	11	0,95

A utilização da versão em inglês, já referenciada, foi-nos sugerida pelas autoras finlandesas. Deste modo, a tradução e validação do instrumento, para o português, foi realizada a partir da versão em inglês de Zelznick.

#### 2.5.1.1 Tradução e validação do instrumento

Depois de concedida a autorização dos autores da SCHDE (Anexo IV) e uma vez que o instrumento já se encontrava traduzido para língua inglesa, procedeu-se à tradução e adaptação da escala para a língua portuguesa, seguindo a metodologia referida por Ribeiro (1999).

Aquilo que se pretende com o processo de tradução e, posterior, validação de um instrumento é a garantia de que a versão final a ser utilizada na cultura / contexto “destino” meça de forma adequada o(s) conceito(s) em estudo. Assim, pretende-se garantir a equivalência linguística, psicométrica e conceptual.

A equivalência linguística, que potencia a equivalência conceptual e, em última análise, psicométrica, resulta de um percurso metodológico com várias fases:

- 1ª Tradução do “Instrumento” para a língua “destino” – Língua Portuguesa;
- 2ª Retroversão (“back translation”), ou tradução de volta para a língua “original” - o Inglês;
- 3ª Avaliação do processo por um grupo de juízes;
- 4ª Pré-teste da versão final do instrumento.

A escala de descrição dos perfis de autocuidado foi traduzida de Inglês para Português por dois tradutores oficiais, e as duas versões comparadas com o original, para se refinar a versão “final” em português. Durante esta fase foi importante explicarmos aos tradutores qual o objectivo do instrumento e as intenções subjacentes à concepção de cada questão da escala, na medida em que tradução respeitando



“rigorosamente” os aspectos lexicais podia dar origem a instrumentos substantivamente diferentes do original. Não havendo diferenças assinaláveis entre as duas versões resultantes, evoluímos para a tradução da “versão de volta” para o inglês – retroversão – por um outro tradutor, sem conhecimento da versão original.

A escala traduzida de Português para Inglês foi comparada com o original (pela investigadora e orientadores – “juízes”), para verificar se existiam variações no significado das questões.

Finalizado o processo de tradução, foi realizado o pré-teste do instrumento a 7 clientes internados no Hospital Padre Américo, com o intuito de verificar se as questões estavam perceptíveis para a população-alvo, assim como para os membros responsáveis pela recolha de dados, não se tendo verificado necessidade de realizar qualquer alteração.

Obtida a “versão portuguesa”, reunimos as condições para avançar com o processo de validação do instrumento. Como já tivemos oportunidade de referir, não é objectivo deste estudo proceder à validação (propriamente dita) do instrumento. Na realidade, este nosso estudo concorre para um projecto mais alargado, coordenado por um conjunto de docentes da ESEP, com o objectivo de proceder, esse sim, à validação do instrumento, numa amostra mais alargada, incluindo participantes oriundos de Lares de Idosos, Centros de Dia, serviços de Internamento hospitalar e serviços de Ambulatório.

#### 2.5.1.2 Fidelidade e Validade do Instrumento

Apesar de, como já tivemos oportunidade de referir, o objectivo do presente estudo não ser (desde logo) validar o instrumento; para que se possa avaliar se os resultados são fidedignos, é importante avaliar algumas propriedades psicométricas do instrumento, nomeadamente a fidelidade e validade (Santos & Clos, 1998; Hill & Hill, 2000).

Fortin (2000) define a fidelidade como uma propriedade dos instrumentos de medida que assenta na precisão e a constância dos resultados que eles (instrumentos) fornecem. A fidelidade ou consistência de uma variável pode ser definida de três maneiras diferentes: fidelidade intra-observador ou consistência temporal, fidelidade inter-observador (consistência de equivalência de medidas), e consistência interna (Hill

& Hill, 2000). Em rigor, apenas a consistência interna é relevante quando se trata de questionários, formulários ou escalas que recolhem informação factual junto dos sujeitos, numa única abordagem; situações que se caracterizam por uma relação de “um (único) investigador para cada caso” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hungler, 2004).

A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, indicando como cada um deles está ligado aos outros enunciados da escala. Assim, quanto maior a correlação entre os diferentes enunciados maior a consistência interna do instrumento. Segundo Fortin (2000), uma das principais técnicas para avaliar a consistência interna é o *Alfa ( $\alpha$ ) Cronbach*, o qual é utilizado quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos *scores* (Araújo et al., 2007).

Segundo Hill & Hill (2000), um  $\alpha$  inferior a 0,6 é “inaceitável” para qualquer instrumento. Valores superiores, naturalmente, são mais recomendáveis. O resultado da estatística *Alfa de Cronbach* deste nosso estudo (de forma isolada) é 0,63; valor que nos recomenda muita precaução na leitura dos resultados. Todavia, o valor de *Alfa de Cronbach* encontrado poderá ter sido influenciado pela natureza da amostra e, fundamentalmente, pela sua dimensão (112 casos para um instrumento com 42 itens). Acreditamos que, em termos de consistência interna, os resultados do projecto mais alargado que está em curso, orientado para a validação do instrumento, poderão tornar mais claras as questões relativas à fidelidade da “medida”.

Contudo, assumimos que o conteúdo global do instrumento de descrição / avaliação dos perfis de autocuidado é válido.

A validade pode ser definida como a evidência de que um teste / escala mede com precisão aquilo que se propõe medir (Fortin, 2000; Hill & Hill, 2000; LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hungler, 2004).

Segundo Hill & Hill (2000), existem três tipos de validade que podem ser ponderadas: validade de conteúdo, a validade de constructo e a validade relacionada com critério.

A validade de conteúdo fornece a estrutura e a base para a formulação de questões que representarão adequadamente o conteúdo (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Este tipo validade, que muito nos ocupou e influenciou, parte da ideia que o instrumento cobre integralmente o conteúdo que pretende medir. Os estudos que suportaram a construção original do instrumento, baseado no “Model for the Self-Care

of Home-Dwelling Elderly” (Backman & Hentinen, 1999; 2001), potenciam a validade de conteúdo do instrumento. No estabelecimento da validade de conteúdo de um instrumento a informação / material é principalmente qualitativo. No entanto, é possível uma abordagem quantitativa, através do cálculo da percentagem de concordância entre peritos (Fortin, 2000). Para efeitos do nosso estudo, a abordagem da validade de conteúdo foi de cariz qualitativo, tendo por base os estudos anteriormente realizados por Backman e Hentinen, bem como a opinião de todos os docentes da ESEP envolvidos em estudos (de Doutoramento) que utilizam o conceito de “perfil de autocuidado” nos seus estudos. Neste contexto, somos levados a admitir que o instrumento utilizado é capaz de descrever os perfis de autocuidado, nos termos em que o constructo emergiu das investigações realizadas, originalmente, por Backman e Hentinen.

A validade de constructo, directamente relacionada com a validade de conteúdo, implica a existência de uma estrutura teórica substantiva que defina / delimite o próprio constructo. Para além disso, a validade de constructo está relacionada com uma estrutura teórica de medição do fenómeno que permita a existência de uma medida (operacionalização do constructo). No caso, os estudos anteriores de Backman e Hentinen colocaram em destaque o carácter de construção biográfica dos perfis de autocuidado, bem como a compreensão do fenómeno através da adesão (“concordância”) dos participantes a determinadas “ideias / posicionamentos” (itens específicos do instrumento). O processo de avaliação da validade de constructo contempla três aspectos principais: a) verificação do domínio do conteúdo da medida; b) determinação da estrutura de inter-relação entre as variáveis ou itens observados (questões), verificando se estas medem coisas iguais (convergência dos itens) ou diferentes, recorrendo inclusive à análise da estrutura factorial do instrumento e; c) análise das propriedades de medida / descrição, verificando se os resultados obtidos, através da utilização do instrumento, são consistentes com o modelo teórico de base (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hungler, 2004).

Em síntese, podemos dizer, em linha com Fortin (2000), que a validade de constructo procura perceber se os resultados práticos da utilização do instrumento de medida correspondem às expectativas derivadas da construção teórica de base, do próprio instrumento. Os resultados dos (ainda poucos) estudos desenvolvidos com o instrumento de avaliação dos perfis de autocuidado, apesar de serem animadores, desafiam-nos ao desenvolvimento de novas abordagens de pesquisa que contribuam

para o refinamento das questões; sendo certo que, em termos de estrutura teórica original, as bases de onde se parte serem válidas.

A validade relacionada com um critério assenta no pressuposto que, conhecendo (à partida) como se comporta, face a determinado critério, por exemplo, um grupo de participantes, é possível verificar o potencial de descrição do fenómeno, através do instrumento em análise. Muitas vezes, a validade relacionada a um critério é feita através da “validade simultânea”. Contudo, esta abordagem exige a existência de dois instrumentos que descrevam o fenómeno; o que não é o caso.

Pelo exposto, assumimos que, para efeitos deste estudo em concreto, o instrumento utilizado no processo de recolha de dados tem validade de conteúdo, bem como uma base teórica sólida. Para além disso, os valores de *Alfa de Cronbach* encontrados nos dois estudos anteriores (na ordem dos 0,70 – 0,80), a par dos resultados da mesma estatística no nosso estudo (*Alfa de Cronbach* = 0,63) permitem-nos, com as devidas reservas, assumir que o instrumento mede aquilo que se propõe medir.

Na posse de um instrumento com valores aceitáveis (razoáveis) de fidelidade e com um suporte conceptual, na nossa visão, bastante robusto, importa evoluir na explanação dos procedimentos concretos adoptados, para efeitos da recolha dos dados.

### **2.5.2 Recolha de dados**

A recolha dos dados iniciou-se após ter sido concedida a autorização da Comissão de Ética da ARS Norte (Anexo V), do Director da USF e do Director Executivo do ACES Grande Porto IX - Espinho/Gaia (Anexo VI).

Os dados foram colhidos de Julho de 2010 a Setembro de 2010 e, tal como referido anteriormente, os participantes do estudo foram referenciados pelos enfermeiros da USF de Valadares, de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Após um primeiro contacto, por parte dos enfermeiros da USF, foram agendados os encontros com a investigadora (na USF ou em casa dos participantes) para a recolha de dados. Todos os participantes, antes do início da aplicação do formulário de colheita de dados, voltaram a ser informados dos objectivos da investigação e foi obtido o seu consentimento, nos termos éticos adequados (Anexo VII).

A cada caso foi atribuído um código aleatório, de uma série previamente preparada. As questões do formulário foram colocadas e, sempre que considerado oportuno, explicadas por nós. Fomos anotando as respostas ao longo da entrevista, com o cuidado de não sermos ostensivos no registo. Durante a realização das entrevistas, com frequência, os participantes evocavam e relatavam aspectos que estavam para além do objecto da investigação o que, apesar de aumentar a duração das entrevistas, foi considerado por nós como estratégia facilitadora / indicadora do envolvimento do participante na interacção.

## 2.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos nas entrevistas, com recurso ao formulário, foram lançadas numa base de dados *Microsoft Access*®, preparada para o efeito. A base de dados foi inspeccionada, fundamentalmente à procura de “dados aberrantes”, que pudessem indiciar erros na introdução dos dados ou mesmo, erros no registo prévio da informação.

As situações pontuais identificadas foram corrigidas, com recurso à consulta dos formulários, em suporte de papel. Findo este processo, o material foi exportado para uma base de dados PASW v. 18 (actual SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*).

A construção de um discurso dirigido aos objectivos que conduziram o estudo foi feita com recurso a procedimentos de estatística descritiva e inferencial adequados à natureza das variáveis (específicas) e carácter da amostra. Aqui, devemos sublinhar que tendemos a seguir as estratégias de análise estatística realizadas nos estudos anteriores, nomeadamente no de Zeleznik (2007) e Backman, Rasanen e Kyngas (2007).

Na apresentação e discussão dos resultados, sempre que oportuno, referimos os testes estatísticos utilizados, bem como os seus fundamentos, em função dos objectivos que presidiram à sua utilização.

## 2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para Fortin (2000), a ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. Na realização de um estudo existe um limite que não deve ser ultrapassado, sendo este demarcado pelos direitos dos sujeitos.

É de salientar a importância dos princípios éticos que devem acompanhar toda e qualquer investigação, uma vez que são eles que permitem salvaguardar os indivíduos sujeitos ao estudo científico, bem como certificar que os mesmos (estudos) são sólidos do ponto de vista ético e moral.

Após obtido o consentimento dos autores para a utilização do formulário, tal como referido anteriormente, foi necessário obter o consentimento da Comissão de Ética da ARS Norte, do Director Executivo do ACES Grande Porto IX - Espinho/Gaia e do Director da USF, para se realizar a recolha dos dados.

Posteriormente, a declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Anexo VII) foi partilhada e assinada pelos participantes. No processo de decisão acerca da participação no estudo, todos os clientes foram incentivados a discutir / validar a sua decisão com aqueles que lhe eram mais significativos. A participação no estudo, por parte de cada um dos clientes, não decorreu de qualquer tipo de recompensa ou ameaça (ainda que velada) externa. Os dados que resultaram das entrevistas, para além de serem confidenciais e sigilosos, adquiriram imediatamente carácter anónimo. Mesmo depois de terminada a entrevista, foi permitido a todos os participantes a expressão do desejo de se retirar do estudo, o que nunca aconteceu.

## 2.8 RECURSOS DE APOIO À INVESTIGAÇÃO

Os custos da investigação (deslocações, fotocópias, traduções, alimentação...) foram suportados, na sua totalidade, pela investigadora principal.

### **3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, damos conta dos resultados obtidos com o estudo. Optámos por reunir no mesmo capítulo a apresentação e discussão dos resultados, com o intuito de construir uma abordagem mais compreensiva dos achados.

Iniciamos pela caracterização da amostra, em termos de variáveis sócio – demográficas e nível de dependência dos participantes. Após, à semelhança daquilo que é feito nos estudos que nos servem como referência, desenvolvemos um processo de análise factorial exploratória, com a intenção de desvelar dimensões e conceitos que se encontram plasmados na perspectiva teórica que suporta a identificação do perfil de autocuidado dos clientes. Com base nas orientações dos autores do conceito central em estudo – perfil de autocuidado - e na opinião de um painel de investigadores que, no nosso contexto, utilizam aquele conceito, descrevemos os perfis de autocuidado dos participantes que compõem a nossa amostra.

Em síntese, optámos por uma estrutura de apresentação e discussão dos resultados que, com grande proximidade, replica a lógica dos relatórios dos estudos Zeleznik (2007) e Backman, Rasanen e Kyngas (2007).

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A amostra que suporta o estudo corresponde a 112 (*N*) clientes da USF de Valadares, que reúnem os critérios de inclusão referidos anteriormente.

Inicialmente, analisamos os sujeitos segundo as variáveis de atributo estabelecidas para o estudo. O perfil sócio – demográfico dos participantes baseou-se no modelo adoptado pelos estudos que nos servem de referência.

##### **3.1.1 Perfil sócio – demográfico dos participantes**

Do grupo de variáveis que nos permitiram caracterizar os participantes, a idade e a formação escolar foram mensuradas numa escala quantitativa. A tabela 1 descreve a

amostra em função das duas variáveis referidas. Para cada uma destas variáveis, a tabela apresenta as principais medidas descritivas (tendência central e dispersão).

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos em função das variáveis Idade e Formação

	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
<b>Idade</b>	31	93	76,16	79	78,00	9,428
<b>Formação</b>	0	15	3,19	4	4,00	2,527

A média de idade dos participantes é de aproximadamente 76 anos, com um desvio padrão de cerca de 9,4 anos. O participante mais jovem tinha 31 anos e mais velho 93 anos. Metade dos participantes tem mais de 78 anos de idade e o valor mais frequentemente observado é de 79 anos.

No estudo de Backman, Rasanen e Kyngas (2007), a idade dos participantes variou entre os 75 e os 96 anos. O valor mínimo da idade, neste estudo, corresponde a um critério previamente definido pelos investigadores, para efeitos de selecção da amostra. A média de idades encontrada por Backman, Rasanen e Kyngas foi de 81,9 anos; valor superior ao encontrado no nosso estudo. No estudo de Zeleznik (2007), os critérios de selecção da amostra foram iguais aos utilizados no estudo original, inclusive no limite mínimo de idade. Cerca de 59,6 % dos sujeitos da amostra possuíam idades entre os 75 e os 80 anos, sendo este intervalo semelhante aos valores de moda e mediana obtidos no nosso estudo.

Relativamente à formação, na nossa amostra existem indivíduos sem formação escolar, que não sabem ler e/ou escrever, e indivíduos com formação superior, sendo o valor máximo obtido de 15 anos de escolaridade. Contudo, a maioria dos entrevistados possui 4 anos de escolaridade. Estes achados correspondem e derivam da realidade sobejamente conhecida no nosso país, naquilo que se reporta à formação escolar, para grupos etários mais elevados.

No estudo de Backman, Rasanen e Kyngas (2007), bem como no estudo desenvolvido na Eslovénia, os dados sobre a formação escolar dos participantes mostra um perfil de escolaridade mais elevado que no nosso estudo, facto que deriva das opções sociais que durante anos foram feitas no nosso país.

Na tabela 2 é caracterizada a amostra em função das variáveis (nominais): “local de residência”, “sexo”, “estado civil”, “actividade profissional”, “residência” e “com quem vive”. Dado o nível de mensuração das variáveis, os dados são tabelados com



base nas frequências absolutas e relativas, e o somatório (acumulado) das frequências relativas. Os dados mais frequentes e que nos permitem traçar o perfil sócio - demográfico dos participantes são assinalados com um fundo cinza das células.

Tabela 2 - Distribuição da amostra em função das variáveis sócio-demográficas (nominais)

Variáveis sócio – demográficas (nominais)	N	(%)	Σ (%)
<b>Local de residência</b>			
Área urbana (Vila, Cidade)	111	99,1 %	99,1 %
Área rural (Aldeia)	1	0,9 %	100 %
<b>Sexo</b>			
Feminino	71	63,4 %	63,4 %
Masculino	41	36,6 %	100 %
<b>Estado civil</b>			
Casado(a) / em união de facto	63	56,2 %	56,2 %
Solteiro(a)	2	1,8 %	58 %
Viúvo(a)	44	39,3 %	97,3 %
Divorciado(a)	3	2,7 %	100 %
<b>Actividade profissional</b>			
Trabalhador(a) activo(a)	1	0,9 %	0,9 %
Reformado(a)	104	92,8 %	93,8 %
Desempregado(a)	7	6,3 %	100 %
<b>Residência</b>			
Casa	112	100 %	100 %
Instituição (Lar e similares)	0	0 %	100 %
<b>Com quem vive</b>			
Com cônjuge/ companheiro(a)	45	40,2 %	40,2 %
Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos(as)	17	15,2 %	55,4 %
Com filhos(as)	25	22,3 %	77,7 %
Com outros familiares	3	2,7 %	80,4 %
Sozinho(a)	22	19,6 %	100 %
Com amigos(as)	0	0 %	100 %

Dada a implantação e área de influência da USF de Valadares, os participantes vivem numa área urbana. A maioria dos entrevistados é do sexo feminino (63,4 %).

Relativamente ao estado civil, a grande maioria (63 dos 112 casos) dos participantes são casados ou vivem em união de facto (56,2 %), 39,3 % estão viúvos e apenas 4,5 % ou estão divorciados ou são solteiros.

No que se refere à actividade profissional, muito devido à idade média encontrada, praticamente todos os participantes são reformados. Todos os participantes residem em casa (própria ou de familiares); a maioria vive com o cônjuge.

Nos estudos que nos servem de referência, a maioria dos participantes (cerca de ¾) são mulheres; a maioria dos participantes no estudo Finlandês é viúva. No estudo de Zeleznik (2007), os indivíduos distribuem-se de forma semelhante pelas áreas urbanas ou rurais (51 % e 49 %, respectivamente).

Tal como no nosso estudo, a grande maioria dos entrevistados por Backman, Rasanen e Kyngas (2007) e Zeleznik (2007) vivem em casa.

Descrito o perfil sócio - demográfico dos participantes no estudo, importa evoluir para a caracterização dos 112 casos, em função do nível de dependência no(s) autocuidado(s).

### 3.1.2 Nível de Dependência no(s) Autocuidado(s) dos participantes

O nível de dependência no(s) autocuidado(s) foi calculada, tendo por base o "Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado", desenvolvido na ESEP e usado pela primeira vez no estudo de Duque (2009). O referido instrumento, construído a partir de indicadores plasmados na classificação de resultados de enfermagem mais amplamente utilizada e desenvolvida (por via da investigação) – Nursing Outcomes Classification / NOC (Johnson, Maas & Moorhead, 2000), tem um elevado nível de consistência interna (Hill & Hill, 2000); encerra grande validade e utilidade clínica, e é facilmente empregue por qualquer profissional, não exigindo treino ou formação prévia (Cfr. Duque, 2009).

Assim, foi-nos possível caracterizar, por via da observação e questões colocadas aos participantes, o nível dependência de cada um deles, face aos diferentes domínios ou tipos de autocuidado, como: "Tomar banho", "Vestir-se/despir-se", "Alimentar-se", "Arranjar-se", "Cuidar da higiene pessoal", "Auto-elevar-se", "Usar o sanitário", "Transferir-se", "Virar-se" e "Usar cadeira de rodas" (Anexo II).

Cada um dos domínios do autocuidado estudados (Cfr. ICN, 2005) concretiza-se através de indicadores mais específicos, cada um deles classificado numa escala de Likert, do tipo:

- ***"Dependente, não participa" (score 1)*** – cliente totalmente dependente, que não é capaz de realizar a actividade em análise.

- **“Necessita de ajuda de pessoa” (score 2)** – cliente que realiza (inicia e / ou completa) a actividade em análise, necessariamente com ajuda de uma pessoa;
- **“Necessita de equipamento” (score 3)** – cliente que é capaz de realizar a actividade em análise, apenas com auxílio de equipamento adaptativo, não exigindo a colaboração de qualquer pessoa;
- **“Completamente independente” (score 4)** – cliente sem qualquer tipo de dependência na realização da actividade em análise.

Na tabela seguinte apresentamos os resultados verificados na nossa amostra, em função de cada um dos itens específicos do autocuidado: *Tomar Banho*. Conforme se depreende da leitura da tabela, esta escala, orientada para a descrição da dependência no “Tomar banho”, comporta nove indicadores / actividades específicas. Em cada indicador específico, cada caso é classificado em função do seu nível de dependência.

Tabela 3 – Nível de Dependência da amostra em cada uma das Actividades do Autocuidado “Tomar banho”

Indicadores	Dependente Não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)	Global
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Entra e sai do chuveiro	4 (3,6%)	36 (32,1%)	15 (13,4%)	57 (50,9%)	112
Obtém objectos para o banho	4 (3,6%)	30 (26,8%)	1 (0,9%)	77 (68,8%)	112
Consegue água	4 (3,6%)	29 (25,9%)	1 (0,9%)	78 (69,6%)	112
Abre a torneira	4 (3,6%)	29 (25,9%)	0	79 (70,5%)	112
Regula a temperatura da água	4 (3,6%)	30 (26,8%)	0	78 (69,6%)	112
Regula o fluxo da água	4 (3,6%)	30 (26,8%)	0	78 (69,6%)	112
Lava-se no chuveiro	5 (4,5%)	31 (27,7%)	1 (0,9%)	75 (67,0%)	112
Lava o corpo	4 (3,6%)	37 (33,0%)	1 (0,9%)	70 (62,5%)	112
Seca o corpo	4 (3,6%)	38 (33,9%)	0	70 (62,5%)	112
<b>TOTAL</b>	<b>4 (3,6%)</b>	<b>56 (50,0%)</b>	<b>1 (0,9%)</b>	<b>51 (45,5%)</b>	<b>112</b>

Verificamos que em cada indicador específico do domínio de autocuidado “Tomar banho” existe pelo menos um participante com algum tipo de dependência. Os resultados demonstram que a maioria dos participantes que compõem a nossa amostra são completamente independentes nas diferentes actividades de “Tomar banho”.

Os indivíduos com algum grau de dependência nas diferentes actividades do autocuidado “Tomar banho”, “dependem” essencialmente “de pessoas” ou “não participam”, o que quer dizer que são bastante dependentes. São poucos os casos que só dependem de equipamento para as diferentes actividades em apreço. Com os dados disponíveis, é possível calcular o nível global de dependência de cada indivíduo, neste caso, relativamente ao Tomar banho.

Segundo o estudo de Duque (2009), foram estabelecidos critérios para categorizar os níveis globais de dependência de um indivíduo em cada tipo de autocuidado. Tomando em consideração os itens “não nulos” ou “aplicáveis” ao caso e em função dos diferentes *scores* obtidos, foram definidos, sequencialmente, os seguintes critérios para “computar” os níveis globais de dependência, em cada um dos tipos de autocuidado:

- ***Dependente, não participa*** – casos que obtiveram *score* 1 em todos os itens aplicáveis da escala;
- ***Completamente independente*** – casos que obtiveram *score* 4 em todos os itens aplicáveis da escala;
- ***Necessita de equipamento*** – dos casos que não foram categorizados de acordo com as alíneas anteriores; aqueles que só “*Necessitam de Equipamento*”; ou seja, apresentam em todos os itens com algum nível de dependência *scores* > 2; podendo em alguns dos itens terem *score* 4.
- ***Necessita de ajuda de pessoa*** – os restantes casos; ou seja, que não foram categorizados em nenhuma das três categorias (alíneas) anteriores. Quer isto dizer que, em algum item da escala “*necessita de ajuda de pessoas*”.

Na posse destes critérios, é possível calcular o “nível global de dependência no Tomar banho”, informação que está disponível na última linha da tabela apresentada anteriormente. Assim, podemos constatar que 3,6% dos casos avaliados, no âmbito do “Tomar banho”, são totalmente dependentes (Dependente, não participa) e 50,0% “necessita de ajuda de pessoa”. Cerca de 45,5% dos participantes no nosso estudo são “completamente independentes” e, apenas, aproximadamente 1% é capaz de cuidar da sua higiene com “ajuda de equipamento”.

Baseando-nos em tudo o que foi exposto anteriormente, foi-nos possível avançar na caracterização da amostra dos 112 casos de dependentes da USF de Valadares. A tabela seguinte faz a síntese dos níveis globais de dependência, em cada um dos tipos de autocuidado.

Tabela 4 - Caracterização dos Níveis Globais de Dependência da amostra, em função de cada um dos tipos de Autocuidado

<b>Tipo de Autocuidado</b>	<b>Dependente, não participa (score 1)</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa (score 2)</b>	<b>Necessita de Equipamento (score 3)</b>	<b>Completamente Independente (score 4)</b>	<b>Total</b>
Tomar banho	4 (3,6%)	56 (50,0%)	1 (0,9%)	51 (45,5%)	112
Vestir-se / Despir-se	3 (2,7%)	87 (77,7%)	0	22 (19,6%)	112
Alimentar-se	2 (1,8%)	53 (47,3%)	0	57 (50,9%)	112
Arranjar-se	4 (3,6%)	95 (84,8%)	0	13 (11,6%)	112
Cuidar da higiene pessoal	2 (1,8%)	8 (7,1%)	0	102 (91,1%)	112
Auto-elevar-se	2 (1,8%)	7 (6,3%)	2 (1,8%)	101 (90,2%)	112
Usar o sanitário	3 (2,7%)	13 (11,6%)	2 (1,8%)	94 (83,9%)	112
Transferir-se	4 (3,6%)	9 (8,0%)	32 (28,6%)	67 (59,8%)	112
Posicionar-se	4 (3,6%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	105 (93,8%)	112
Usar cadeira de rodas	0	3 (2,7%)	0	0	3

A consulta da tabela anterior revela-nos que o número de indivíduos com níveis significativos de dependência nos diferentes tipos de autocuidado é percentualmente baixa. São exceção a este padrão “Tomar banho”, “Vestir-se e Despir-se” e “Arranjar-se”. Contudo, em domínios como “Posicionar-se”, “Transferir-se” e “Auto – elevar-se”, fortemente associados à capacidade de sair da cama, os valores percentuais encontrados foram baixos. Querirá isto significar que muitos dos utentes da USF de Valadares que

são “acamados” ficaram de fora deste nosso estudo. Este é um facto que reconhecemos, também porque, de acordo com os dados disponíveis na USF, uma parte significativa dos “acamados” são pessoas já com compromissos das funções cerebrais superiores, como a capacidade de processar informação, de concentração, orientação e memória.

Em síntese, podemos dizer que os participantes no nosso estudo são pessoas de um meio urbano, idosas, reformadas e a viver em casa (própria ou dos filhos). Para além disso, são pessoas com níveis “moderados” de dependência nos diferentes tipos de autocuidado estudados.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PERFIS DE AUTOCUIDADO

Depois de termos descrito a amostra que suporta o estudo empreendido, importa evoluir na caracterização dos perfis de Autocuidado que emergiram da análise realizada.

Baseados naquilo que está explanado nos estudos de Backman e Hentinen (1999; 2001), Backman, Rasanen e Kyngas (2007) e Zeleznik (2007) é possível definir o conjunto das questões do SCHDE que “caracterizam” cada um dos quatro perfis de autocuidado (Quadro III):

Quadro III - Perfis de autocuidado e questões associadas

Responsável	Formalmente Guiado	Independente	De Abandono
13-Fui sempre o principal sustento da minha família	10-Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência	14-Decidi sempre tudo sobre a minha vida	15- Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)
17-Ainda me sinto relativamente novo(a)	11-Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos	18-Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	16- Há acontecimentos tristes no meu passado recente
19-Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos	12-Tive uma vida de trabalho duro	20-Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	21- A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde
22-Eu quero ser responsável pela minha medicação	27-Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos	26-Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	34-Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias
23-Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	28-Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico	29-Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	46-Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos
24-A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual	31-Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores	30-Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	50-Sinto que já não sirvo para nada
25-Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar	41-Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	32-Eu conheço bem o que me causa problemas	51-Tenho medo do futuro
35-Aprecio a companhia de outras pessoas	42-À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer	33-Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	
36-Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas	43-Na velhice, tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	40-À medida que envelheço, passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas	
37-Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes	44-Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	45-Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	
38- Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida		47-É importante para mim não ser um fardo para ninguém	
39-Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim		48-Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente	
49-Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades			

Com base no exposto no quadro anterior, calculámos os *scores* médios (média ignorando os nulos) de cada um dos quatro perfis de autocuidado, para cada um dos casos que compõem a amostra. Assim, cada um dos participantes no estudo passou a ter um *score* (compreendido entre 1 e 5, numa escala quantitativa) relativo a cada um dos quatro perfis de autocuidado (Anexo VIII).

Conforme se infere da consulta do anexo VIII, existe um grande número de casos com *scores* altos nos quatro perfis de autocuidado, bem como participantes com *scores*, ainda que mais baixos, equivalentes em mais do que um dos perfis. Este facto, para além de colocar algumas questões acerca do poder discriminatório do SCHDE, torna evidente a grande quantidade de casos que podem ser categorizados como “indefinidos”; circunstância que também ocorreu nos estudos que nos servem de apoio, em particular aquele realizado na Eslovénia.

Na realidade, se tomarmos por critério, para efeitos de categorizar os casos em cada um dos perfis de autocuidado, que um participante, para ser considerado exclusivamente de um determinado “perfil” tem que ter *score*  $\geq 4$  nesse mesmo perfil e, necessariamente, nos restantes três perfis *scores*  $< 3$ ; verificamos que o número de casos “puros” é muitíssimo baixo.

Apesar do exposto no parágrafo anterior, através do estudo das correlações (*Rho de Spearman*) entre os quatro perfis de autocuidado calculados (Anexo IX), percebemos que os pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999; 2001) e Backman, Rasanen e Kyngas (2007) se verificavam.

Com efeito, o perfil de *Autocuidado Responsável* está positivamente correlacionado com o perfil *Independente* e, pelo contrário, com o de *Abandono*. O perfil *Formalmente Guiado* evidencia uma correlação positiva e com significado com o *Autocuidado de Abandono*. O perfil de *Autocuidado Independente*, para além da correlação (positiva) já descrita com o perfil *Responsável*, possui uma correlação pouco intensa e negativa, como seria expectável, com o *Autocuidado de Abandono*. A matriz de correlação entre os quatro perfis de autocuidado que nos foi possível encontrar é congruente com aquilo que, teoricamente, é descrito e defendido pelos autores que tomamos por referencial.

Todavia, com o intuito de aumentar o potencial de discriminação dos perfis de autocuidado, através do SCHDE, evoluímos num processo de identificação (apuramento) das questões do instrumento mais específicas para cada um dos perfis.

Resolvemos, então, analisar de novo as perguntas do formulário e identificar as questões que, com base nos pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999), seriam (mais) específicas de cada perfil de autocuidado. O resultado deste processo foi revisto por três investigadores da ESEP que, para além de familiarizados com o instrumento e seus fundamentos, têm desenvolvido estudos no âmbito do autocuidado.



Na tabela seguinte apresentamos, para cada um dos quatro perfis de autocuidado, as questões específicas que obtiveram consenso entre os peritos da ESEP consultados.

Quadro IV – “Questões Específicas” por Perfil de Autocuidado

Perfis de Autocuidado	Questões
<b>Autocuidado Responsável</b>	22-Eu quero ser responsável pela minha medicação. 24-A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual. 25-Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar. 37-Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes.
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	27-Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos. 28-Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico.
<b>Autocuidado Independente</b>	30-Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda. 45-Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém. 48-Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente.
<b>Autocuidado de Abandono</b>	21- A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde. 46-Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos. 50-Sinto que já não sirvo para nada.

Identificadas as questões específicas de cada perfil de autocuidado, calculámos um novo *score* médio de cada perfil. Assim, à semelhança do que já tínhamos feito anteriormente, cada um dos participantes no estudo passou a ter um novo *score* (compreendido entre 1 e 5, numa escala quantitativa) relativo a cada um dos quatro perfis de autocuidado, mas agora apenas com base nas questões específicas (Anexo X).

Contudo, mesmo com este processo de especificação dos itens de cada um dos perfis de autocuidado, os resultados obtidos continuaram a incluir uma larga maioria de casos bastante “indefinidos”; o que renova as questões que atrás levantamos. No entanto, prosseguimos com a análise, certos das limitações que teríamos que ponderar.

Mais uma vez, através do estudo das correlações (*Rho de Spearman*) entre os quatro perfis de autocuidado entretanto calculados (ver tabela 5), constatamos a manutenção dos achados anteriores, em consonância com a perspectiva teórica de Backman e Hentinen (1999; 2001) e Backman, Rasanen e Kyngas (2007).

Tabela 5 – Matriz de correlação dos quatro Perfis de Autocuidado

Correlação		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de Abandono
<b>Autocuidado Responsável</b>	Rho Spearman <i>P</i>	————	-0,333** <0,001	0,170 0,073	-0,457** <0,001
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	Rho Spearman <i>P</i>	-0,333** <0,001	————	0,000 0,999	0,292** 0,002
<b>Autocuidado Independente</b>	Rho Spearman <i>P</i>	0,170 0,073	0,000 0,999	————	-0,310** 0,001
<b>Autocuidado de Abandono</b>	Rho Spearman <i>P</i>	-0,457** <0,001	0,292** 0,002	-0,310** 0,001	————

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01.

O *Autocuidado Responsável* apresenta uma relação negativa e com significado com o *Autocuidado Formalmente Guiado* e com o *Autocuidado de Abandono*, apesar de as mesmas não serem muito fortes.

O *Autocuidado Formalmente Guiado* também possui uma correlação, apesar de fraca, com significado com o *Autocuidado de Abandono*. Contudo, neste caso a relação é positiva. Com o *Autocuidado Independente* não existe relação com significado estatístico.

Tal como o *Autocuidado Responsável*, o *Autocuidado Independente* possui uma relação negativa (fraca) e com significado com o *Autocuidado de Abandono*, demonstrando que estes dois tipos de autocuidado evoluem em sentidos opostos.

Em síntese, a matriz das correlações exposta é congruente com aquilo que está descrito por Backman e Hentinen (1999; 2001); o que nos permite afirmar da consistência dos resultados com a teoria subjacente. Em termos de potencial de utilização destes achados no contexto da prática clínica, podemos assumir, por exemplo, que ajudar clientes com perfis de autocuidado predominantemente *Formalmente Guiado* ou de *Abandono* a transitarem para posturas do tipo *Responsável* constituirá, muito provavelmente, uma intenção terapêutica muito ambiciosa, talvez mesmo utópica; o que, a acontecer, configuraria um quadro de transição desenvolvimental do cliente (Cfr. Meleis et al, 2000).

### 3.2.1 Distribuição dos participantes pelos Perfis de Autocuidado

Um dos principais objectivos deste nosso estudo passava por descrever os perfis de autocuidado dos clientes da USF de Valadares e que participaram no estudo. Neste

enquadramento, ancorados no modelo de cálculo do perfil de autocuidado com base nas questões específicas de cada um deles (Cfr. Quadro IV), evoluímos na descrição dos perfis de autocuidado encontrados na amostra.

Tal como já tivemos oportunidade de salientar, vimo-nos confrontados com um cenário em que o número de casos (participantes) com um perfil de autocuidado “indefinido” era bastante elevado. Assim, tivemos necessidade de definir um conjunto de critérios sequenciais que nos permitisse categorizar cada um dos casos que compõem a amostra.

Os critérios definidos correspondem ao conjunto de regras que a seguir apresentamos. Assim, consideramos:

- **Perfil Indefinido Alto** - casos que possuam um *score* em todos os quatro perfis de autocuidado  $\geq 3,5$ .
- **Perfil Indefinido Baixo** - casos que possuam um *score* em todos os quatro perfis de autocuidado  $< 3$ .
- **Perfil Puro** - casos que possuam um *score* num perfil específico de autocuidado  $\geq 4,5$  e, necessariamente, nos restantes perfis de autocuidado *scores*  $\leq 3$ ;
- **Perfil Predominante** - casos que possuam *score* num perfil específico de autocuidado  $\geq 4$  e, necessariamente, nos restantes perfis de autocuidado *scores*  $< 3,5$ ;
- Os casos que não foram categorizados em nenhuma das categorias anteriores foram considerados apenas como “**Perfil Indefinido**”

Em síntese, através deste modelo obtivemos três categorias de casos indefinidos; quatro perfis puros; e quatro perfis predominantemente de um tipo; o que corresponde a onze (11) categorias de perfis de autocuidado.

Da aplicação dos critérios definidos, percebemos que em algumas das categorias definidas não foi alocado qualquer caso. Na realidade, a distribuição dos casos que

constituem a nossa amostra faz-se apenas por seis das onze categorias que emergiram do modelo descrito. A tabela seguinte dá conta do resultado da análise realizada.

Tabela 6 - Distribuição da amostra em função dos “Perfis de Autocuidado”

Perfil de Autocuidado		N	(%)
Responsável		3	2,7
Predominante Responsável		4	3,6
Predominante Independente		4	3,6
Predominante de Abandono		1	0,9
Indefinidos	Altos	10	8,9
	“Restantes”	90	80,4
Total		112	100

O primeiro dado relevante a reter da leitura da tabela aponta para a existência de cerca de 90% de casos de perfil “indefinido”. O número de casos com um perfil “puro” é bastante reduzido (2,7%). Cerca de 8% dos casos que constituem a amostra evidenciam um perfil de autocuidado predominantemente de um dos tipos.

Devemos admitir que os resultados encontrados poderão estar a ser influenciados pelo discriminatório do instrumento e/ou pela natureza da amostra. Contudo, também nos estudos desenvolvidos na Finlândia e na Eslovénia o número de casos indefinidos era elevado, ainda que significativamente inferior ao nosso.

Dado o grande número de casos categorizados como “indefinidos” e em linha com aquilo que foi descrito nos estudos que tomámos por referência, avançamos para um processo de análise mais profunda dos casos “indefinidos”. Confrontados com esta realidade, utilizámos, de modo sequencial, os critérios que a seguir descrevemos, com o intuito de aumentar a descrição dos perfis de autocuidado.

Assim, consideramos:

- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente/ Abandono** - casos que possuam um *score*  $\geq 4$  em todos os quatro perfis de autocuidado.
- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente** – casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Responsável, Formalmente Guiado e Independente.

- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Abandono** - casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Responsável, Formalmente Guiado e de Abandono.
- **Responsável/ Independente/ Abandono** - casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Responsável, Independente e de Abandono.
- **Formalmente Guiado/ Independente/ Abandono** - casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Formalmente Guiado, Independente e de Abandono.
- **Responsável/ Formalmente Guiado** – casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Responsável e Formalmente Guiado.
- **Responsável/ Independente** – casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Responsável e Independente.
- **Responsável/ Abandono** – casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Responsável e de Abandono.
- **Formalmente Guiado/ Independente** – casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Formalmente Guiado e Independente.
- **Formalmente Guiado / Abandono** – casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Formalmente Guiado e de Abandono.
- **Independente/ Abandono** – casos que possuam um *score*  $\geq 4$  nos perfis de Autocuidado Independente e de Abandono.
- Todos os casos que não foram categorizados em nenhuma das categorias anteriores foram classificados como “**Indefinidos finais**”

A tabela seguinte (Tabela 7) dá conta da distribuição dos 100 casos (do total de 112 que compõem a amostra) que inicialmente foram categorizados como “indefinidos” (Cfr. Tabela 6).

Tabela 7 - Distribuição dos casos inicialmente categorizados como “Indefinidos”

<b>Categorias Específicas de “Indefinidos”</b>	<b>N</b>	<b>(%) no total dos 100 casos Indefinidos</b>	<b>(%) no Total 112 casos Amostra</b>
<b>Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente/ de Abandono</b>	1	1	0,9
<b>Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente</b>	4	4	3,6
<b>Responsável/ Formalmente Guiado</b>	5	5	4,5
<b>Responsável/ Independente</b>	23	23	20,5
<b>Responsável/ de Abandono</b>	3	3	2,7
<b>Formalmente Guiado/ Independente/ de Abandono</b>	1	1	0,9
<b>Formalmente Guiado/ Independente</b>	10	10	8,9
<b>Formalmente Guiado/ de Abandono</b>	9	9	8,0
<b>Independente/ de Abandono</b>	4	4	3,6
<b>Indefinidos finais</b>	40	40	35,7
<b>Total Indefinidos</b>	100	100	89,3

Examinando os resultados deste novo processo de categorização dos “indefinidos”, em termos de aspectos dominantes, verificámos que 40 casos continuam a ser classificados como “Indefinidos finais”; o mesmo é dizer: casos com traços pouco definidos de cada um dos diferentes perfis.

Cerca de ¼ dos indefinidos corresponde a indivíduos com traços marcados dos perfis *Responsável* e *Independente*, o que é sustentado na natureza da associação que, teoricamente, existe entre os dois perfis, corroborado pelos nossos dados.

Salienta-se que, como seria expectável, o número de casos com *scores* elevados nos quatro perfis de autocuidado é muito baixo (apenas 1 caso).

Com excepção das associações *Formalmente Guiado/ Independente* (n= 10) e *Formalmente guiado/ Abandono* (n= 9), todas as outras associações apresentam valores percentuais reduzidos. De acordo com a perspectiva teórica que subjaz a este nosso estudo, a associação entre os perfis *Formalmente Guiado* e de *Abandono* é algo expectável, explicando porque razão, com frequência, clientes com posturas de

autocuidado formalmente guiado, quando “perdem” a figura que assume o “controle” pelas suas actividades de autocuidado tendem a desenvolver um quadro de abandono e negligência do seu autocuidado. A associação entre os perfis *Formalmente Guiado* e *Independente*, de acordo com Backman e Hentinen (1999; 2001), é algo pouco expectável. Todavia, tal como no nosso estudo, Zeleznik (2007) encontrou um valor percentual assinalável (cerca de 15% dos seus participantes - 46/302 casos) com *scores* elevados naqueles dois perfis de autocuidado; os quais tendem a ser apresentados como “quase antagónicos”. O esclarecimento desta realidade, na nossa opinião, justificaria a realização de um estudo, baseado numa abordagem qualitativa e em profundidade, tomando como universo estes clientes, simultaneamente com características marcadas do perfil *Formalmente Guiado* e do perfil *Independente*.

Os nossos achados, em linha com aquilo que resultou dos estudos que temos vindo a referir, evidenciam que, muito provavelmente, o número de clientes com perfis de autocuidado “puros” é, na realidade, reduzido; o que não faz cair por terra a utilidade da perspectiva teórica que colocamos nesta investigação. Com efeito, se formos capazes de perceber, em termos clínicos, quais os factores que influenciam as posturas dos clientes face ao autocuidado, poderemos avançar com abordagens terapêuticas mais significativas.

### 3.2.2 Apontamentos acerca dos Perfis de Autocuidado

Após termos descrito os perfis de autocuidado dos indivíduos que compõem a nossa amostra, resolvemos relacioná-los com as variáveis de atributo definidas no formulário. Recorremos a testes não paramétricos, uma vez que a amostra deste estudo, como referimos, é uma amostra “de conveniência”.

Tendo por base os *scores* obtidos para cada um dos quatro perfis de autocuidado (a partir das questões muito específicas associadas a cada um deles), evoluímos no estudo das diferenças verificadas, em função do “sexo”, em cada um daqueles perfis.

Com efeito, os valores de *p* encontrados nos testes U Mann Withney permitem-nos afirmar que as diferenças nos *scores* de cada um dos perfis de autocuidado, em função do sexo, não têm significado estatístico.

Tabela 8 - Diferenças nos *scores* dos Perfis de Autocuidado em função do Sexo

<b>Sexo / Perfil de Autocuidado</b>	<b>Autocuidado Responsável (Mean Rank)</b>	<b>Autocuidado Formalmente Guiado (Mean Rank)</b>	<b>Autocuidado Independente (Mean Rank)</b>	<b>Autocuidado de Abandono (Mean Rank)</b>
Feminino	55,47	55,36	58,13	59,08
Masculino	58,28	58,48	53,67	52,04
<i>P</i>	0,657	0,608	0,478	0,266

Através do teste Kruskal-Wallis verificamos as diferenças nos *scores* de cada um dos perfis de autocuidado, em função do “Estado civil”, da “Profissão” e de “Com quem vive” do respondente. Os resultados encontrados não revelam diferenças com significado estatístico (anexo XI).

Os resultados obtidos na correlação dos *scores* dos diferentes perfis de autocuidado com a variável “Idade”, através do teste de correlação não paramétrica *Rho de Spearman*, não revelaram associações com significado estatístico (ver anexo XI).

A única variável de atributo que surge significativamente associada aos *scores* nos diferentes perfis de autocuidado é a “Formação” ou escolaridade.

Os resultados do estudo da correlação através do coeficiente *Rho de Spearman* estão descritos na tabela 9.

Tabela 9 - Correlação Formação/Perfis de Autocuidado

<b>Correlação</b>		<b>Autocuidado Responsável</b>	<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	<b>Autocuidado Independente</b>	<b>Autocuidado de Abandono</b>
<b>Formação</b>	Rho Spearman	0,346**	-0,153	-0,063	-0,416**
	<i>P</i>	<0,001	0,107	0,507	<0,001

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01.

Os resultados apresentados demonstram que níveis mais elevados de formação estão associados a *scores* mais altos no perfil de autocuidado *Responsável*. Os *scores* mais elevados no perfil de *Abandono* estão associados a pessoas com níveis de escolaridade mais baixa. Estes achados são consistentes com os pressupostos teóricos que Backman e Hentinen (1999; 2001) postulam. Assim, somos levados a afirmar que a formação dos indivíduos é um contributo para populações mais saudáveis, porque promove clientes mais responsáveis pelo seu Autocuidado.



Os resultados obtidos da correlação dos *scores* dos diferentes perfis de autocuidado com a variável “Nível de dependência” (calculada por tipos de autocuidado), estão representados na tabela 10.

Para uma correcta interpretação dos resultados, é importante relembrar que, no instrumento de Duque (2009), quanto mais elevado é o *score* obtido nos domínios de autocuidado analisados, mais independente é a pessoa no seu autocuidado.

Tabela 10- Correlação Nível de Dependência (por domínios de autocuidado) / Perfis de Autocuidado

Domínio de Autocuidado/ Perfil de Autocuidado		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de Abandono
Tomar Banho	Rho Spearman <i>P</i>	0,336** <0,001	-0,056 0,555	0,429** <0,001	-0,403** <0,001
Vestir-se/ Despir-se	Rho Spearman <i>P</i>	0,345** <0,001	-0,104 0,274	0,415** <0,001	-0,377** <0,001
Alimentar-se	Rho Spearman <i>P</i>	0,179 0,059	-0,115 0,229	0,276** 0,003	-0,304** 0,001
Arranjar-se	Rho Spearman <i>P</i>	0,174 0,067	-0,099 0,298	0,100 0,292	-0,077 0,418
Cuidar da higiene pessoal	Rho Spearman <i>P</i>	0,227* 0,016	-0,107 0,260	0,355** <0,001	-0,224* 0,018
Auto-elevar-se	Rho Spearman <i>P</i>	0,146 0,124	-0,047 0,625	0,398** <0,001	-0,194* 0,041
Usar o sanitário	Rho Spearman <i>P</i>	0,252** 0,007	-0,082 0,392	0,467** <0,001	-0,302** 0,001
Transferir-se	Rho Spearman <i>P</i>	0,181 0,056	-0,134 0,158	0,193* 0,041	-0,261** 0,005
Posicionar-se	Rho Spearman <i>P</i>	0,045 0,637	-0,004 0,965	0,326** <0,001	-0,136 0,152
Usar cadeira de rodas	Rho Spearman <i>P</i>	0,866 0,333	0,000 1,000	-0,866 0,333	0,500 0,667

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01.

A análise dos *scores* anteriores mostra-nos que o *Autocuidado Responsável* apresenta relações positivas e com significado com os domínios “Tomar banho”, “Vestir-se/Despir-se”, “Cuidar da higiene pessoal” e “Usar o sanitário”. A interpretação destes resultados revela-nos que quanto maior é o *score* médio do perfil de autocuidado *Responsável*, mais elevado é o *score* obtido nos domínios de autocuidado referidos, e mais independente é a pessoa nessa área do autocuidado.

O *Autocuidado Formalmente Guiado* não apresenta relações com significado estatístico.

Relativamente ao *Autocuidado Independente*, este apresenta relações positivas e com significado com todos os domínios, excepto o “Arranjar-se” e o “Usar cadeira de

rodas”. Á semelhança do *Autocuidado Responsável*, quanto maior é o *score* médio deste perfil de autocuidado, mais independente é a pessoa no seu autocuidado.

A existência de relações positivas apenas entre os perfis de autocuidado *Responsável* e *Independente* e os domínios de autocuidado sugerem e avivam a proximidade entre estes dois perfis de autocuidado, conforme refere a teoria.

Finalmente, as relações negativas e com significado verificadas no *Autocuidado de Abandono* indica-nos que quanto mais elevado for o *score* médio deste perfil, mas baixo é o *score* obtido nos domínios “Tomar banho”, “Vestir-se/Despir-se”, “Alimentar-se”, “Cuidar da higiene pessoal”, “Auto-elevar-se”, “Usar o sanitário” e “Transferir-se”. Ou seja, mais dependentes serão os sujeitos nos referidos domínios.

### 3.3 FACTORES EMERGENTES DA AVALIAÇÃO DOS PERFIS DE AUTOCUIDADO

Os procedimentos que fomos utilizando na agregação das questões / itens do instrumento – SCHDE – (Backman, Rasanen e Kyngas, 2007; Zeleznik, 2007), para efeitos de descrever os perfis de autocuidado dos participantes basearam-se em lógicas de agregação teórica. Quer isto dizer que reduzimos o conjunto das 42 questões / itens a um número mais limitado de constructos – os quatro perfis de autocuidado. Tais procedimentos de redução / agregação teórica permitiram-nos cumprir o principal objectivo desta investigação.

Contudo, tal como nos estudos que nos servem de referência, procedemos a um processo de análise factorial exploratória, com o intuito de ensaiar uma estratégia capaz de organizar, de uma forma mais compreensível, os conceitos que pudessem estar implícitos nos dados obtidos e que, simultaneamente, estariam para além dos quatro perfis de autocuidado propriamente ditos.

A análise empreendida teve por grande objectivo perceber, em que medida, aspectos teóricos que sustentaram o desenvolvimento do instrumento estavam presentes nas respostas dos participantes. Com efeito, como veremos adiante, foi-nos possível perceber que os perfis de autocuidado (Backman & Hentinen, 1999; 2001) são fortemente influenciados por aspectos biográficos dos indivíduos, a forma com encaram e concebem as suas condições de saúde actuais e as suas atitudes face ao

envelhecimento e mudanças nas capacidades de desempenho nas actividades de vida diárias.

De acordo com diferentes autores, o grande objectivo da análise factorial (exploratória) é agregar um grande número de variáveis em constructos mais abrangentes e com maior potencial explicativo (Almeida & Freire, 2000; Polit & Hungler, 1995; Pestana & Gageiro, 2000).

A análise factorial baseia-se no estudo das relações entre as variáveis (itens) originais, identificando aquelas que se “agrupam”, possibilitando a identificação de uma “variável” conceptualmente superior (Pestana & Gageiro, 2000). Na opinião destes autores, a análise factorial permite “... *organizar a maneira como os sujeitos interpretam as coisas, indicando as que estão relacionadas entre si e as que não estão... permite avaliar a validade das variáveis constitutivas dos factores, indicando em que medida se referem aos mesmos conceitos, através da correlação existente entre elas*” (p. 389).

Neste enquadramento, o procedimento por nós utilizado baseou-se na análise dos componentes principais, com valores próprios (*Eigenvalues*) > 1, com recurso ao método de rotação *Varimax*, com normalização *Kaiser* (Pestana & Gageiro, 2000) (Anexo XII e XIII). O resultado obtido no KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), na ordem de 0,583, deu-nos indicações acerca da qualidade das correlações entre as variáveis originais, que nos permitiram avançar com a análise factorial.

Do processo de análise foram inicialmente extraídos treze (13) factores. Desde logo, o “*factor 13*” foi excluído da análise, na medida em que os valores de correlação de cada uma das variáveis originais com aquele factor eram sempre inferiores (<0,300) aos valores de correlação que guardavam com algum dos outros factores extraídos. Assim, ficamos com um modelo de doze (12) factores.

Por princípio, quando um item (variável original) se correlacionava de forma apreciável com mais do que um dos factores extraídos, optamos por incluí-lo no factor em que a saturação fosse mais elevada. As questões que compõem em concreto o instrumento de descrição dos perfis de autocuidado – SCHDE – estão numeradas de 10 a 51, tal como no instrumento original; uma vez que os primeiros nove itens (questões) correspondem a parâmetros de caracterização da amostra, complementados com o instrumento de avaliação do níveis de dependência (Anexo III).

Em termos metodológicos, procuramos, sempre que possível, interpretar os factores que extraímos no quadro daquilo que emergiu do estudo de Zeleznik (2007), por ser aquele a que tivemos acesso detalhado aos procedimentos de análise discussão de resultados.

Como tivemos oportunidade de referir, do processo de análise factorial empreendido emergiram 12 factores, que passamos a apresentar. Importa considerar que, para efeitos do estudo da natureza das correlações entre cada um dos factores emergentes e os quatro perfis de autocuidado (Anexo XIV), procedemos à computação de um *score* (variável) para cada um dos factores, que corresponde à “média, ignorando os nulos, dos *scores* de cada um dos itens que compõem o factor extraído” (Pestana & Gageiro, 2000). Assim, por exemplo, o *score final* do factor 1 – *Lidar com as actividades de vida diárias* – corresponde à média (ignorando os nulos) dos *scores* dos itens: 22, 24, 33 e 45 do SCHDE.

Na tabela seguinte fazemos a síntese das principais medidas estatísticas que nos permitem descrever cada um dos factores extraídos.

Tabela 11 - Estatística descritiva dos factores extraídos

Factores extraídos	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Factor 1 - “Lidar com as actividades de vida diárias”	4,02	4,50	5,00	0,99984
Factor 2 - “Envelhecimento estimulante”	2,54	2,50	1,00	1,46514
Factor 3 - “Relações Interpessoais significativas”	4,21	4,50	4,75	0,82814
Factor 4 - “Boa Condição Física”	2,56	2,50	1,00 <sup>a</sup>	1,15018
Factor 5 - “Aceitação dos tratamentos e Resignação face ao futuro”	4,48	4,67	4,83	0,52787
Factor 6 - “Confiança nos profissionais de saúde”	2,77	2,00	1,00	1,70311
Factor 7 - “Vida de sacrifício e sofrimento”	4,04	4,50	5,00	1,23126
Factor 8 - “Capacidade de decisão e responsabilidade”	3,76	4,00	4,75	0,94609
Factor 9 - “Adaptação ao envelhecimento”	3,98	4,50	5,00	1,11189
Factor 10 - “Independência e dificuldades passadas”	2,89	3,00	3,00	1,30512
Factor 11 - “Resignação face às inevitabilidades da vida”	4,61	5,00	5,00	0,68019
Factor 12 - “Amargura e renúncia”	4,28	4,50	5,00	0,91247

<sup>a</sup> Existem várias modas. Apresentado valor mais baixo.

Tendo presente a estratégia utilizada na extracção dos factores e os procedimentos para a sua computação, importa evoluir na sua apresentação e discussão, considerando cada um dos quatro perfis de autocuidado que nos servem de referência.

### 3.3.1 “Lidar com as actividades da vida diárias”

O “factor 1”, que denominamos como “Lidar com as actividades da vida diária”, explica 18,76% da variância total. Este factor agrega as questões 22, 24, 33 e 45 do SCHDE.

Tabela 12 - Factor 1 – “Lidar com as actividades da vida diária”

Factor 1 – “Lidar com as actividades da vida diária”		
Questão	Item de Informação	Correlação
22	Eu quero ser responsável pela minha medicação	0,648
24	A minha cooperação com médicos e enfermeiros é natural e de igual para igual	0,363
33	Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	0,758
45	Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	0,807
<i>Eigenvalue</i>		7,881
% Variância Total		18,764

Este factor corresponde, em grande medida, a um factor que também emergiu no estudo de Zeleznik (2007), onde se agregaram as questões 22, 33 e 45. Dada a grande sobreposição dos itens que se associam, mantivemos a designação daquela autora – “Lidar com as actividades da vida diária”.

De acordo com Zeleznik (2007) este factor tende a traduzir a preservação da capacidade e do desejo do cliente em manter a gestão, controlo e satisfação das suas actividades quotidianas, nomeadamente aquelas que se reportam aos tratamentos e medicação. Entendemos, em linha com Backman, Rasanen e Kyngas (2007), que as questões que se agregam sob este factor apontam para perfis de autocuidado iminentemente *Responsável*, incluindo traços de *Independente*.

A matriz das correlações deste factor com os quatro perfis de autocuidado (tomando por referência os *scores* obtidos com as questões mais específicas, tal como descrito no Quadro IV) revela, em linha com aquilo que é postulado por Backman & Hentinen (1999; 2001), correlações positivas e significativas com os perfis *Responsável*

(*Rho Spearman* = 0,647;  $p < 0,001$ ) e *Independente* (*Rho Spearman* = 0,508;  $p < 0,001$ ); e correlações negativas com os perfis *Formalmente Guiado* (*Rho Spearman* = - 0,242;  $p = 0,01$ ) e de *Abandono* (*Rho Spearman* = - 0,616;  $p < 0,001$ ).

### 3.3.2 “Envelhecimento estimulante”

O segundo factor isolado corresponde àquilo que designamos como “Envelhecimento estimulante”. Este factor, que explica 7,936% da variância encontrada, agrega as questões 37 e 38 e traduz uma postura positiva ou “atitude facilitadora” (ICN, 2010), por parte dos indivíduos, face ao envelhecimento e aos desafios que este coloca.

Tabela 13 - Factor 2 – “Envelhecimento estimulante”

Factor 2 – “Envelhecimento estimulante”		
Questão	Item de Informação	Correlação
37	Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes	0,632
38	Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida	0,760
<i>Eigenvalue</i>		3,333
% Variância Total		7,936

Com efeito, os pressupostos teóricos de base à construção do instrumento (SCHDE) postulam que um dos aspectos que influencia o perfil de autocuidado dos clientes é a forma como os indivíduos encaram o seu quotidiano e, particularmente, o envelhecimento (Backman & Hentinen, 1999; 2001). Em termos de abordagem dos clientes em transição (Cfr. Meleis et al, 2000), o facto de o envelhecimento ser concebido como algo estimulante e com significado (positivo) poderá facilitar o curso da transição, no sentido da “saúde”.

A matriz das correlações deste factor com os perfis de autocuidado evidencia, dada a sua natureza, uma correlação positiva (e forte) com o perfil *Responsável* (*Rho Spearman* = 0,737;  $p < 0,001$ ); e, como seria expectável, correlações negativas com os perfis *Formalmente Guiado* (*Rho Spearman* = - 0,256;  $p = 0,006$ ) e de *Abandono* (*Rho Spearman* = - 0,535;  $p < 0,001$ ).

### 3.3.3 “Relações Interpessoais significativas”

É certo que a existência de “*relações interpessoais significativas*” (com familiares e amigos), à luz do conceito de “condicionalismos às transições” (Cfr. Meleis et al, 2000), também pode concorrer para a promoção de transições mais saudáveis. Na realidade, o terceiro factor isolado enquadra-se neste âmbito, agregando as questões 35, 36, 39 e 49. Este terceiro factor explica 6,116% da variância total.

Tabela 14 - Factor 3 – “Relações Interpessoais significativas”

Factor 3 – “Relações Interpessoais significativas”		
Questão	Item de Informação	Correlação
35	Aprecio a companhia de outras pessoas	0,731
36	Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas	0,745
39	Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim	0,517
49	Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades	0,721
<i>Eigenvalue</i>		2,569
% Variância Total		6,116

Olhando para os resultados da análise factorial realizada por Zeleznik (2007), percebemos a grande proximidade entre o nosso terceiro factor e aquele que a autora designou por “*relações familiares*” (itens 32, 36 e 39). O reconhecimento e exploração da natureza e qualidade das relações interpessoais dos clientes poderão constituir um eixo decisivo na concepção de cuidados significativos e promotores de transições saudáveis.

Neste contexto, dada a natureza da matriz de correlações deste factor com os perfis de autocuidado, somos levados a admitir que clientes com relações familiares de qualidade e significativas tendem a aderir a perfis de autocuidado do tipo *Responsável* ( $Rho\ Spearman = 0,330; p < 0,001$ ).

### 3.3.4 “Boa Condição Física”

O factor 4, denominado por “Boa Condição Física”, evidencia, de acordo com a natureza das questões originais que agrega, uma opinião e avaliação positiva, por parte dos clientes, acerca das suas condições de desempenho físico.

Tabela 15 - Factor 4 – “Boa Condição Física”

Factor 4 – “Boa Condição Física”		
Questão	Item de Informação	Correlação
17	Ainda me sinto relativamente novo(a)	0,509
18	Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	0,587
19	Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos	0,762
20	Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	0,686
<i>Eigenvalue</i>		2,401
% Variância Total		5,716

Este factor emergente descreve cerca de 5,716 % da variância total. O conteúdo implícito neste factor revela uma atitude positiva face às limitações inerentes do envelhecimento.

Nos estudos anteriores, nomeadamente no de Zeleznik (2007), as questões 17, 18, 19 e 20 também se agregam no mesmo factor. Isto permite-nos concluir que as mesmas são fundamentais para descrever a capacidade física dos indivíduos da amostra.

Os participantes que percebem ter / conservar uma boa condição física, apesar do envelhecimento e das suas (inevitáveis) consequências, em função da matriz de correlações deste factor com os perfis de autocuidado, tendem a aderir a um perfil de autocuidado *Responsável* ( $Rho\ Spearman = 0,450; p < 0,001$ ). No sentido oposto, clientes com um perfil de autocuidado de *Abandono* têm uma percepção mais negativa / desfavorável face à sua condição física ( $Rho\ Spearman = - 0,487; p < 0,001$ ).

### 3.3.5 “Aceitação dos tratamentos e Resignação face ao futuro”

Os itens originais agregados sob o factor 5 – Aceitação dos tratamentos e Resignação face ao futuro -, no estudo de Zeleznik (2007) distribuem-se por vários factores.

Apesar de apresentarmos o factor tal como foi extraído, parece-nos que, em termos teóricos, poderíamos vislumbrar dois conceitos distintos: por um lado, a “aceitação dos tratamentos”; por outro, a “resignação face ao futuro”.



Tabela 16 - Factor 5 – “Aceitação dos tratamentos e Resignação face ao futuro”

<b>Factor 5 – “Aceitação dos tratamentos e Resignação face ao futuro”</b>		
<b>Questão</b>	<b>Item de Informação</b>	<b>Correlação</b>
<b>27</b>	Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos	0,486
<b>31</b>	Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores	0,763
<b>32</b>	Eu conheço bem o que me causa problemas	0,637
<b>44</b>	Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	0,497
<b>47</b>	É importante para mim não ser um fardo para ninguém	0,520
<b>51</b>	Tenho medo do futuro	0,362
<i>Eigenvalue</i>		2,022
% Variância Total		4,815

Ambos os conceitos que parecem estar plasmados no factor 5, apontam para perfis ancorados na passividade, na renúncia e, de alguma forma, na resignação sem crítica e envolvimento pessoal.

De acordo com a perspectiva teórica de Backman & Hentinen (1999; 2001), várias questões incluídas neste factor (27, 31 e 44) estão associadas a perfis de autocuidado do tipo *Formalmente Guiado*; enquanto, por exemplo, os itens 32 e 47 estão associadas a posturas *Independentes*. Contudo, no nosso estudo, este factor surge positivamente correlacionado ( $Rho\ Spearman = 0,309$ ;  $p=0,001$ ) com o perfil de autocuidado *Responsável*, o que nos pode ajudar a explicar alguns dos casos que anteriormente foram categorizados com “indefinidos”. Como seria de esperar, este factor está positivamente correlacionado com o perfil de autocuidado *Independente* ( $Rho\ spearman = 0,228$ ;  $p=0,015$ ).

### 3.3.6 “Confiança nos profissionais de saúde”

A questão 23 representa o factor 6 (confiança nos profissionais de saúde), retratando a preocupação dos indivíduos com a sua saúde, nomeadamente no que se refere a comportamentos de procura de saúde.

De acordo com a perspectiva teórica que fundamenta este estudo (Backman & Hentinen, 1999; 2001), este factor (que corresponde ao item 23 do SCHDE) revela, ainda, a existência de uma relação de confiança entre os indivíduos e os profissionais de

saúde, descrevendo um comportamento responsável do sujeito com o seu autocuidado. Representa 4,365 % da variância total.

Tabela 17 - Factor 6 – “Confiança nos profissionais de saúde”

Factor 6 – “Confiança nos profissionais de saúde”		
Questão	Item de Informação	Correlação
23	Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	0,858
<i>Eigenvalue</i>		1,833
% Variância Total		4,365

O nosso sexto factor, de acordo com a sua matriz de correlações com os diferentes perfis de autocuidado, evidencia uma correlação positiva e significativa com o perfil *Responsável* ( $Rho\ Spearman = 0,277$ ;  $p=0,003$ ); e, pelo contrário, correlações negativas com os perfis *Formalmente Guiado* ( $Rho\ Spearman = - 0,277$ ;  $p=0,003$ ) e *Independente* ( $Rho\ Spearman = - 0,440$ ;  $p<0,001$ ). Na realidade, com alguma frequência, no contexto da prática clínica, somos confrontados com clientes que apresentam posturas *Independentes*, reveladas com sinais / atitudes que indiciam défice de confiança nos profissionais de saúde. Estes são, sem dúvida, casos que nos desafiam...

### 3.3.7 “Vida de sacrifício e sofrimento”

Ao sétimo factor extraído atribuímos a designação “vida de sacrifício e sofrimento”, na medida em que descreve o entendimento dos sujeitos sobre os acontecimentos passados, marcados pela amargura e sacrifício.

No estudo de validação do SCHDE na Eslovénia (Zelevnik, 2007) também emergiu um factor que reflectia os eventos passados (factor 9); no entanto, somente a questão 21 é compatível com o nosso estudo. Aqui, a natureza semântica dos dois itens agregados sob o factor 7 aponta, sem dúvida, para eventos passados custosos e desagradáveis.

Tabela 18 - Factor 7 – “Vida de sacrifício e sofrimento”

Factor 7 – “Vida de sacrifício e sofrimento”		
Questão	Item de Informação	Correlação
11	Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos	0,824
21	A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde	0,603
<i>Eigenvalue</i>		1,748
% Variância Total		4,162

Este factor isolado descreve 4,162 % da variância total. Analisando a semântica dos dois itens que se agregam sob o factor, percebemos que os clientes com *scores* mais elevados naqueles itens demonstram uma percepção “negativa face” ao curso da sua vida, marcada pelo sacrifício e sofrimento.

No quadro da perspectiva teórica de (Backman & Hentinen, 1999; 2001), clientes que apresentam uma biografia marcada pelo sacrifício e sofrimento tendem a aderir a posturas de autocuidado mais resignadas e negligentes. Com efeito, a matriz das correlações do factor 7 com os perfis de autocuidado evidencia uma correlação positiva e significativa com o perfil de *Abandono* ( $Rho\ Spearman = 0,573$ ;  $p < 0,001$ ); e, em linha com a literatura que nos suporta, uma correlação negativa com o perfil de autocuidado *Responsável* ( $Rho\ Spearman = - 0,204$ ;  $p = 0,031$ ).

### 3.3.8 “Capacidade de decisão e responsabilidade”

O factor 8, agregando os itens 12,13, 14 e 25, relata a capacidade dos indivíduos em tomar decisões e assumirem responsabilidades, explicando 3,847 % da variância total.

Este factor descreve-nos como foi a vida do indivíduo, desde o trabalho à responsabilidade económica, e revela-nos o seu nível de pró actividade nas decisões, em particular no que reporta à sua saúde.

As questões 13 e 14 formam um único factor no estudo de Zeleznik (2007), revelando a confiança dos sujeitos em si próprio e nas suas acções.

Tabela 19 - Factor 8 – “Capacidade de decisão e responsabilidade”

Factor 8 – “Capacidade de decisão e responsabilidade”		
Questão	Item de Informação	Correlação
12	Tive uma vida de trabalho duro	0,478
13	Fui sempre o principal sustento da minha família	0,800
14	Decidi sempre tudo sobre a minha vida	0,702
25	Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar	0,487
<i>Eigenvalue</i>		1,616
% Variância Total		3,847

Tendo em consideração a natureza das questões incluídas neste factor e a semântica da designação que lhe atribuímos - Capacidade de decisão e responsabilidade - somos levados a admitir que os participantes com *scores* mais elevados neste factor tendem a ser aqueles que, simultaneamente, têm valores mais elevados no *score* relativo ao perfil de autocuidado *Responsável*. Com efeito, a correlação deste factor 8 com o perfil de autocuidado *Responsável* é positiva e significativa ( $Rho\ Spearman = 0,458$ ;  $p < 0,001$ ).

De acordo com Backman e Hentinen (1999; 2001) e Backman, Rasanen e Kyngas (2007), clientes com posturas de autocuidado do tipo *Responsável* tendem a ser pessoas com “*locus*” de controlo interno e com níveis elevados de auto-estima, o que se traduz significativas capacidades de decisão e assunção de responsabilidades.

### 3.3.9 “Adaptação ao envelhecimento”

O nono factor emergente do processo de análise empreendida e que explica 3,214 % da variância designa-se por “adaptação ao envelhecimento”. Sob este factor estão agregados os itens 26 e 41 do instrumento de base utilizado. Todavia, nenhuma das duas questões faz parte do conjunto de itens específicos da definição dos perfis de autocuidado (Cfr. Quadro IV), apesar de os podermos associar a posturas mais *Independentes* (Item 26) ou mesmo a características de um perfil de autocuidado *Formalmente Guiado* (item 41).

Os dois itens agregados sob o factor 9, nos estudos anteriores não se encontram agregadas sob o mesmo factor, estando cada um associado a constructos distintos, como os “hábitos de trabalho” e a “percepção do futuro” (Zelevnik, 2007).

Tabela 20 - Factor 9 – “Adaptação ao envelhecimento”

Factor 9 – “Adaptação ao envelhecimento”		
Questão	Item de Informação	Correlação
26	Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	0,476
41	Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	0,712
<i>Eigenvalue</i>		1,350
% Variância Total		3,214

Apesar do item 41 poder evidenciar uma postura resignada face ao envelhecimento, característica do autocuidado *Formalmente Guiado*, também poderá ter sido interpretado pelos nossos participantes como uma ideia centrada no “lidar bem e positivamente” com as consequências do envelhecimento; o que nos ajuda a explicar a circunstância de extrair algum prazer das “... tarefas diárias” (item 26). É neste quadro que explicamos a correlação positiva deste factor com o perfil de autocuidado *Responsável* ( $Rho\ Spearman = 0,330$ ;  $p < 0,001$ ) e o perfil *Independente* ( $Rho\ Spearman = 0,196$ ;  $p = 0,038$ ). Em sentido inverso, o factor 9 está negativamente associado ao perfil *Formalmente Guiado* ( $Rho\ Spearman = -0,221$ ;  $p = 0,019$ ).

### 3.3.10 “Independência e dificuldades passadas”

Os itens que se agregam sob o factor 10 podem ser associados a um perfil de autocuidado do tipo *Abandono* (item 16) ou *Independente* (item 29), com base na literatura que fundamenta este estudo. Este facto terá contribuído de forma decisiva para a designação que lhe atribuímos – “independência e dificuldades passadas”.

Este factor explica 3,076% da variância total.

Tabela 21 - Factor 10 – “Independência e dificuldades passadas”

Factor 10 – “Independência e dificuldades passadas”		
Questão	Item de Informação	Correlação
16	Há acontecimentos tristes no meu passado recente	0,763
29	Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	0,669
<i>Eigenvalue</i>		1,292
% Variância Total		3,076

A matriz das correlações deste factor com os perfis de autocuidado não evidencia nenhuma associação estatisticamente significativa.

### 3.3.11 “Resignação face às inevitabilidades da vida”

O factor 11 agrega os itens 10 e 42 do SCHDE; explicando 3,038 % da variância total. Atendendo à sua semântica, parece apontar para uma postura de resignação e aceitação passiva dos indivíduos, face a situações específicas do seu percurso biográfico.

Tabela 22 - Factor 11 – “Resignação face às inevitabilidades da vida”

Factor 11 – “Resignação face às inevitabilidades da vida”		
Questão	Item de Informação	Correlação
10	Tive de começar a trabalhar no início da adolescência	0,743
42	À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer	0,734
<i>Eigenvalue</i>		1,276
% Variância Total		3,038

A resignação a que aludimos, de acordo com a perspectiva de Backman e Hentinen (1999; 2001), está associada a posturas do tipo de *Abandono*, facto corroborado pela matriz das correlações deste factor com os perfis de autocuidado. Com efeito, o factor 11 está positivamente correlacionado com o perfil de autocuidado de *Abandono* ( $Rho\ Spearman = 0,265; p=0,005$ ).

O último factor retido, designado por “amargura e renúncia” também está positivamente associado ao perfil de autocuidado de *Abandono* ( $Rho\ Spearman = 0,308; p=0,001$ ).

### 3.3.12 “Amargura e renúncia”

Este factor 12 denomina-se “amargura e renúncia” e, de alguma forma, traduz a forma – passiva - como os sujeitos encaram os cuidados a si próprios, fruto de histórias de vida marcadas pela mágoa. Este factor agrega os itens 15 e 43 e, como dissemos, aponta para uma postura de alguma passividade, de alguma forma, compatível com a desistência.

Tabela 23 - Factor 12 – “Amargura e renúncia”

Factor 12 – “Amargura e renúncia”		
Questão	Item de Informação	Correlação
15	Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)	0,589
43	Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	0,720
<i>Eigenvalue</i>		1,135
% Variância Total		2,702

Em síntese, podemos dizer que os indivíduos com posturas face ao seu autocuidado próximas do **Perfil Responsável** são pessoas que tendem a encarar o seu envelhecimento como algo que os desafia e estimula (factor 2). Para estas posturas parece contribuir de uma forma significativa a manutenção de relações interpessoais de qualidade (factor 3). Nas interações com os profissionais de saúde, estes clientes evidenciam fortes sentimentos de confiança (factor 6), bem como capacidades de decisão e assunção de responsabilidades (factor 8). Simultaneamente, os indivíduos com posturas face ao autocuidado próximas do perfil responsável demonstram ter uma melhor percepção da sua condição de saúde (física) (factor 4). Este quadro que traçamos deriva do conjunto de factores extraídos que têm exclusivamente correlações positivas com o perfil de autocuidado responsável.

Quer os indivíduos com *scores* elevados no *Perfil Responsável*, quer aqueles com *scores* altos no *Perfil Independente* são clientes que desejam manter a gestão e condução das suas actividades quotidianas (factor 1); evidenciando posturas mais adaptativas face ao envelhecimento (factor 9). Curiosamente, estes indivíduos demonstram alguma aceitação (passiva) dos tratamentos e alguma resignação face ao futuro (factor 5), apesar da intensidade das correlações ser fraca / moderada.

Todavia, um dos factores extraídos que é mais característico de posturas de autocuidado do tipo **Independente** é a confiança nos profissionais de saúde (factor 6). Com efeito, no âmbito da nossa amostra, indivíduos com *scores* elevados no perfil *Independente* tendem a demonstrar *scores* mais baixos no factor que traduz “confiança nos profissionais de saúde”.

Os indivíduos que aderem a um perfil mais **Formalmente Guiado**, tendem a evidenciar, nalguns parâmetros, uma postura (de alguma forma) “antagónica” relativamente aos indivíduos com mais elevados no perfil *Responsável*. Com efeito, os clientes com *scores* mais elevados no perfil *Formalmente Guiado* não encaram o envelhecimento como uma fase e experiência estimulante (factor 2), pelo que tendem a

demonstrar posturas menos positivas face à adaptação ao envelhecimento (factor 9). Curiosamente, naquilo que tem que ver com a confiança nos profissionais de saúde (factor 6), quando um indivíduo é mais aderente a um perfil de autocuidado *Formalmente Guiado* menor é a confiança evidenciada nos profissionais; facto que poderá ter sérias implicações no plano das terapêuticas. Estas pessoas, no quadro dos dados que temos disponíveis, tendem a descurar os aspectos relativos à gestão das suas actividades quotidianas (factor 1).

Atitudes de negligência relativamente às actividades de vida diárias (factor 1) são uma marca dos indivíduos com *scores* elevados no perfil de *Abandono*. Na realidade, o perfil de autocuidado de *Abandono*, para além de ter uma correlação negativa com o factor 1, também revela a mesma tendência naquilo que se refere aos factores 2 e 4. Assim, os indivíduos da nossa amostra com *scores* mais elevados no perfil de *Abandono* tendem a ter uma atitude negativa face ao envelhecimento e aos desafios que daí resultam (factor 2); bem como a percepção de uma “pior” condição física (factor 4). Em paralelo, estes indivíduos entendem ter uma vida de sacrifício e sofrimento (factor 7), marcada pela resignação, pela desistência (factor 11) e pela amargura (factor 12).

A matriz das correlações (*Rho Spearman*) entre os doze factores extraídos, em termos genéricos, demonstra-nos que os factores mais associados a um determinado perfil de autocuidado se correlacionam positivamente entre si; existindo correlações negativas e significativas entre os factores associados a perfis de autocuidado mais opostos (anexo XV).

Tendo em consideração as variáveis de atributo que nos permitem caracterizar a amostra em termos de perfil sócio-demográfico, compreendemos que, a “Profissão”, não explica diferenças relevantes nos *scores* relativos a cada um dos factores. Contudo as variáveis “Estado civil” e “Com quem vive” apresentam relações significativas com o factor 11 (Anexo XVI).

Depois de percebermos a existência de diferenças com significado estatístico (através do teste Kruskal Wallis) no factor 11 – Resignação face às inevitabilidades da vida -, em função do “Estado civil” e da variável “Com quem vive”; evoluímos na utilização do teste U Mann Withney, no sentido de identificarmos os pares onde se verificavam tais diferenças. Assim, pudemos constatar que os participantes no nosso estudo que eram casados ou já viúvos apresentavam *scores* significativamente mais



elevados naquele factor, quando comparados com os divorciados ( $p=0,06$  e  $p=0,009$ , respectivamente). No que se reporta a “Com quem vive”, percebemos que eram os indivíduos que vivem em casa dos filhos que apresentavam uma atitude mais resignada face às inevitabilidades da vida, em comparação com aqueles que vivem sós ( $p=0,003$ ), o que corresponde a um número assinalável de divorciados.

No que reporta a diferenças explicadas pelo “Sexo”, percebemos que esta variável de atributo dos participantes explica diferenças com significado nos factores 5, 7, 8, 9 e 10. Exceptuando o factor 8, todos apresentam um valor de *Mean Rank* superior para o sexo feminino. Isto significa que as mulheres tendem a ter uma atitude mais passiva no que reporta à aceitação dos tratamentos (factor 5); entendem ter uma vida marcada pelo sacrifício (factor 7) e pelas dificuldades (factor 10).

Em linha com o descrito, são as mulheres que revelam *scores* mais baixos na capacidade de assumir responsabilidades (factor 8), factos que poderão ser explicados por imposições culturais. Estes factos, marcados pela resignação e maior passividade, muito provavelmente, contribuem para uma “melhor” adaptação ao envelhecimento (factor 9).

A “Idade” evidencia correlações negativas e com significado com os factores 2, 4, 6 e 9. Assim, quanto maior a idade menos estimulante é o envelhecimento (factor 2); pior é a “condição física” (factor 4); menor é a confiança nos profissionais de saúde (factor 6) e a adaptação ao envelhecimento (factor 9).

Finalmente, a “Formação” apresenta correlações positivas e com significado com os factores 1, 2, 4 e 6 e uma correlação negativa e com significado com o factor 7 e com o factor 11.

Assim, os indivíduos com níveis de formação mais elevados tendem a lidar melhor com as actividades do quotidiano (factor 1); tem uma concepção do envelhecimento como algo estimulante (factor 2), para além de terem a percepção de uma melhor condição física (factor 4) e revelarem mais confiança nos profissionais de saúde (factor 6). Em sentido oposto, são pessoas com posturas menos resignadas (factor 11). Com efeito, os participantes com maior formação escolar são aqueles que têm uma visão menos amarga e sofrida da sua vida (factor 7).

Tornou-se ainda relevante verificar a existência de diferenças identificadas pela variável “Nível de Dependência”. Há semelhança dos perfis de autocuidado, calculamos

os *scores* de correlação existentes entre o “Nível de dependência”, por domínios de autocuidado, e os factores extraídos da análise factorial (ver tabela 24).

Tabela 24 - Correlação Nível de dependência (por domínio de autocuidado) / Factores

Domínio de Autocuidado/ Factores		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
Tomar Banho	Rho Spearman P	0,648** <0,001	0,265** 0,005	0,105 0,269	0,384** <0,001	0,299** 0,001	-0,011 0,907	-0,173 0,068	0,124 0,192	0,229* 0,015	0,005 0,961	-0,142 0,134	-0,159 0,095
Vestir-se/ Despir-se	Rho Spearman P	0,666** <0,001	0,237* 0,012	0,029 0,764	0,298** 0,001	0,232* 0,014	-0,036 0,708	-0,072 0,449	0,183 0,054	0,220* 0,020	-0,003 0,979	-0,095 0,320	-0,050 0,602
Alimentar-se	Rho Spearman P	0,463** <0,001	0,131 0,170	0,015 0,872	0,053 0,581	0,288** 0,002	-0,094 0,325	-0,004 0,964	-0,020 0,834	0,316** 0,001	0,063 0,508	-0,018 0,852	-0,046 0,633
Arranjar-se	Rho Spearman P	0,275** 0,003	0,156 0,100	-0,095 0,317	0,169 0,076	0,138 0,146	0,173 0,068	-0,019 0,841	0,114 0,231	0,103 0,282	0,235* 0,013	0,078 0,414	0,146 0,124
Cuidar da higiene pessoal	Rho Spearman P	0,446** <0,001	0,212* 0,025	-0,017 0,858	0,134 0,159	0,231* 0,014	-0,104 0,276	0,012 0,901	0,060 0,529	0,135 0,156	-0,079 0,407	0,001 0,988	-0,012 0,903
Auto- elevantar-se	Rho Spearman P	0,411** <0,001	0,093 0,332	0,004 0,967	0,011 0,905	0,225* 0,017	-0,166 0,080	0,031 0,743	-0,031 0,748	0,131 0,169	0,031 0,743	0,027 0,776	0,033 0,733
Usar o sanitário	Rho Spearman P	0,534** <0,001	0,201* 0,033	-0,016 0,863	0,094 0,323	0,205* 0,030	-0,173 0,068	0,035 0,715	0,079 0,406	0,260** 0,006	-0,117 0,217	0,000 0,997	0,019 0,839
Transferir-se	Rho Spearman P	0,275** 0,003	0,231* 0,014	-0,020 0,837	0,240* 0,011	0,097 0,311	-0,047 0,626	-0,072 0,450	-0,017 0,858	0,153 0,107	0,031 0,743	-0,113 0,234	0,011 0,908
Posicionar-se	Rho Spearman P	0,326** <0,001	0,011 0,911	0,097 0,310	-0,044 0,642	0,246** 0,009	-0,141 0,138	0,089 0,351	-0,089 0,350	0,106 0,264	0,111 0,242	0,079 0,409	0,093 0,329
Usar cadeira de rodas	Rho Spearman P	1,000 .	0,866 0,333	-0,500 0,667	-0,500 0,667	-1,000 .	0,866 0,333	-0,500 0,667	-0,500 0,667	-0,866 0,333	-0,500 0,667	-0,866 0,333	0,500 0,667

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01.

Analisando a tabela anterior, aferimos que os indivíduos que apresentam *scores* mais elevados no factor 1 “Lidar com as actividades da vida diária”, revelam-se mais independentes em todos os domínios de autocuidado (excluímos o “Usar cadeira de rodas” por serem apenas 3). Com efeito, este factor engloba as premissas “Eu ainda sou capaz de cuidar de mim” e “Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém”, corroborando assim os resultados estatísticos auferidos.

O factor 2 “Envelhecimento estimulante” apresenta relações positivas e com significado com os autocuidados “Tomar banho”, “Vestir-se/Despir-se”, “Cuidar da higiene pessoal”, “Usar o sanitário” e “Transferir-se”. Deste modo, os indivíduos cuja vida é mais estimulante e educativa são mais independentes em todos os domínios anteriores.

Os factores 3 (“Relações interpessoais significativas”), 6 (“Confiança nos profissionais de saúde”), 7 (“Vida de sacrifício e sofrimento”), 8 (“Capacidade de

decisão e responsabilidade”), 11 (“Resignação face às inevitabilidades da vida”) e 12 (“Amargura e Renúncia”) não apresentam relações significativas com os domínios de autocuidado.

No que respeita ao factor “Boa Condição Física” (factor 4), o mesmo revela que quanto maior o *score* neste factor, mais independente é a pessoa nos autocuidados “Tomar banho”, “Vestir-se/ Despir-se” e “Transferir-se”.

O factor 5 “Aceitação dos tratamentos e Resignação face ao futuro” apresenta relações significativas com todos os domínios de autocuidado, excepto o “Arranjar-se”, “Transferir-se” e “Usar cadeira de rodas”. Assim, quanto mais elevados forem os *scores* obtidos no factor em análise, mais elevados serão os *scores* obtidos nesses domínios e mais independentes serão as pessoas na realização das actividades dos mesmos.

Relativamente ao factor 9 “Adaptação ao envelhecimento”, verificamos que quanto melhor o sujeito se adaptar as alterações resultantes do seu envelhecimento e quanto mais gostar de fazer as suas tarefas de casa, mais independente será a realizar as actividades inerentes ao “Tomar banho”, “Vestir-se e Despir-se”, “Alimentar-se” e “Usar o sanitário”.

Finalmente, o factor 10 “Independência e dificuldades pessoais” apresenta uma relação positiva e com significado apenas com o autocuidado “Arranjar-se”, demonstrando que quanto mais elevado for o *score* neste factor, mais independente será a pessoa no domínio de autocuidado “Arranjar-se”.

Com base naquilo que fomos expondo nos parágrafos anteriores, os factores que foram extraídos, na nossa opinião, encerram um grande potencial de utilização clínica, na medida em que, para além de serem congruentes com os pressupostos teóricos que subjazem ao instrumento utilizado (SCHDE), podem auxiliar-nos na identificação e caracterização de aspectos e dimensões (muito próprias dos clientes) com um capital decisivo, quer no plano do(s) diagnóstico(s) de enfermagem, quer naquilo que se reporta às decisões centradas nas terapêuticas. Com efeito, muitos dos aspectos que resultam e que se ligam com os factores extraídos tem que ver com “atitudes facilitadoras” ou “dificultadoras” (ICN, 2010) face ao Autocuidado.



#### 4. CONCLUSÕES

O percurso de investigação realizado inscreve-se no âmbito de uma área problemática com grande relevância para a prática clínica dos enfermeiros – o Autocuidado -, conceito central do domínio da disciplina de Enfermagem. Desde os anos oitenta do século XX que um intenso movimento de investigação tem sido feito, tomando por objecto a problemática do autocuidado. Este estudo alinha por uma dimensão importante daquele movimento, no sentido do aprofundamento do conceito de “perfil de autocuidado”.

O perfil de autocuidado, nos termos dos autores que tomámos por referência, diz respeito a uma construção biográfica dos indivíduos (Backman e Hentinen, 1999; 2001), que incorpora aspectos inscritos no domínio das atitudes e disposições, que influenciam a forma como cada um enfrenta e lida com as questões relativas ao *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária”* (ICN, 2010).

Tomando por referência a perspectiva de Meleis e colaboradores (2000), acerca das transições com relevância para a enfermagem, dos eventuais factores pessoais que podem condicionar o curso das transições (Cfr. Meleis et al, 2000), que *“resultam de...”* ou *“resultam em...”* compromissos no autocuidado, a postura e os aspectos biográficos do cliente face às suas actividades de autocuidado podem ser uma variável muito relevante.

O estudo realizado permitiu-nos perceber o potencial de utilização do instrumento desenvolvido por Backman, Rasanen e Kyngas (2007) – SCHDE -, orientado para a descrição dos perfis de autocuidado dos clientes. Todavia, este nosso estudo não se tratou de um estudo metodológico. No entanto, desde logo, os valores da estatística *Alfa de Cronbach* do instrumento que obtivemos (0,63) recomendam grande precaução na interpretação dos resultados, dados os limites de fidelidade do instrumento. Sem dúvida que esta é uma importante limitação da investigação que aqui relatamos. Acreditamos que, no imediato, o instrumento, em termos clínicos, poderá servir como um “guião” orientador do processo de colheita de dados acerca da “postura

e atitude face ao autocuidado dos clientes”; muito mais do que um instrumento de “avaliação”, no sentido restrito do termo. A origem do instrumento (Norte da Europa) poderá exigir, em futuras investigações, uma lógica de adaptação transcultural com alguma profundidade, facto que sabemos já estar em curso. Em paralelo, a natureza não probabilística da amostra e a sua dimensão (112 casos) são, com toda a certeza, dois aspectos que se somam às limitações do nosso estudo. Para além do mais, uma parte significativa dos nossos participantes evidenciava níveis de escolaridade baixa, factor que, mesmo num formulário, introduz alguma complexidade. Na origem, o instrumento foi desenvolvido com indivíduos com níveis de formação escolar bem mais apreciáveis.

O recurso à versão em inglês do instrumento, não testada, surgiu por sugestão dos autores do instrumento original. Esta opção, apesar de poder trazer limitações ao nosso estudo, fica salvaguardada pelo facto da tese de Zeleznik (2007) ter sido publicada em inglês, na universidade de Oulu, na Finlândia e os autores do instrumento original terem sido os orientadores e revisores da mesma; o que não deixa de ser na nossa opinião uma limitação neste nosso estudo.

Como tivemos oportunidade de ir sublinhando ao longo da apresentação e discussão dos resultados, no que diz respeito à distribuição dos casos que compõem a amostra pelos diferentes perfis de autocuidado, importa sublinhar que, desde logo, aproximadamente 90% de casos evidenciam um “perfil indefinido”; marcado por um “*mix*” de características dos diferentes perfis (teóricos). O valor percentual de casos com um perfil de autocuidado “puro” foi bastante reduzido, não chegando a 3% da amostra. Os restantes casos, quase 8% da amostra, representam pessoas que evidenciam um perfil de autocuidado predominantemente de um dos tipos.

Quando nos confrontamos com um grande número de casos categorizados como “indefinidos”, avançamos para um processo de análise mais profunda dos mesmos, tal como tinha sido feito por Zeleznik (2007), autora que desenvolveu um estudo similar ao nosso na Eslovénia.

Assim, desde logo, percebemos que um número significativo dos casos (40 / 100), inicialmente categorizados como “indefinidos”, continuava a sê-lo no final.

Cerca de ¼ dos indefinidos corresponde a indivíduos com traços marcados dos perfis *Responsável* e *Independente*, circunstância que está de acordo com os pressupostos teóricos de Backman e Hentinen, (1999; 2001).

Factores como a “Idade” e “Sexo” (variáveis de atributo dos participantes no estudo) não explicam diferenças com significado estatístico nos *scores* obtidos nos diferentes perfis de autocuidado. Contudo, níveis de formação escolar mais elevados surgem associados aos *scores* mais elevados no perfil de *Autocuidado Responsável*. Pelo contrário, os indivíduos com níveis de escolaridade mais baixa tendem a evidenciar *scores* mais elevados no perfil de *Abandono*; facto verificado nos estudos anteriores, que tomamos por comparação.

O processo de análise factorial exploratória que realizamos permitiu identificar alguns conceitos relevantes que estão implícitos nos dados obtidos. Os resultados da análise permitiram afirmar a solidez teórica dos postulados de Backman e Hentinen (1999; 2001). Na realidade, dos 12 factores extraídos, percebemos que a postura face ao autocuidado dos participantes é fortemente influenciada por aspectos biográficos dos indivíduos, a forma com encaram e concebem as suas condições de saúde actuais e, por exemplo, as suas atitudes face ao envelhecimento e mudanças nas capacidades de desempenho nas actividades de vida diárias.

Os factores extraídos podem ser organizados em dois grandes grupos. Por um lado, um conjunto de factores marcado pela pró-actividade dos sujeitos, por uma concepção do envelhecimento como algo desafiador e estimulante; e pela preservação da capacidade de tomar decisões e de assumir responsabilidades. Por outro, um segundo conjunto de factores, mais associado a posturas face ao autocuidado do tipo resignado, com traços de amargura e desistência.

Os participantes com *scores* mais elevados no perfil de *Autocuidado Responsável* tendem a ser aqueles que apresentam uma percepção de melhor condição física, sendo, objectivamente, aqueles com níveis de dependência no autocuidado menos marcados. Por oposição, os indivíduos com *scores* mais altos no perfil de *Abandono* demonstram uma atitude mais negativa face ao envelhecimento e posturas mais resignadas; para além de serem aqueles que evidenciam níveis de dependência mais significativos.

No futuro, pensamos ser adequado evoluir em estudos baseados na perspectiva teórica que enformou esta investigação, pelo potencial que os seus resultados possam ter para abordagens terapêuticas mais significativas, porque mais ancoradas em aspectos singulares, da forma como cada cliente encara as actividades de autocuidado.





## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ABREU, W. C. – *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2008.
- ✓ ALMEIDA, L.S. & FREIRE, T. – *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2ª ed. rev. aument. Braga: Psiquilíbrios, 2000.
- ✓ ARAÚJO, F. [et al.] – Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 2 (Jul/Dez, 2007), p. 59-66.
- ✓ Autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda de autocuidado terapêutico. In OREM, D. – *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson, 1991. p. 131 – 161.
- ✓ CARPENITO-MOYET, L. J. C. – *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.
- ✓ DECRETO-LEI n.º 101/2006. Diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- ✓ DUQUE, H. J. – *O doente dependente no Autocuidado – Estudo sobre a avaliação e a acção profissional dos enfermeiros*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- ✓ EVERS, G. – Developing Nursing Science in Europe. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 1 (2003), p. 9 – 13.

- ✓ FORTIN, M. F. – *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2000.
- ✓ HILL, M. M. & HILL, A. – *Investigação por questionário*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.
- ✓ ICN – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0.* (CIPÉ® versão 1 – Tradução oficial Portuguesa), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- ✓ JOHNSON, M.; MAAS, M. & MOORHEAD, S. – *Nursing Outcomes Classification – NOC*. St. Louis: Mosby, 2000.
- ✓ LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. – *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- ✓ LOPES, M. – *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio - moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1999.
- ✓ MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. – *Técnicas de Pesquisa*. 7ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.
- ✓ MARQUES, R. M. D. – *Readmissões dos doentes dependentes no serviço de urgência*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2007. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- ✓ MELEIS, A. I. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- ✓ NANDA – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 1995.

- ✓ NANDA – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 1997 - 1998*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 1998.
- ✓ NANDA – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2003 - 2004*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2003.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Conselho de Enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ✓ PEREIRA, F. – *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- ✓ PEREIRA, F. – *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009.
- ✓ PESTANA, M. & GAGEIRO, J. – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.
- ✓ POLIT, D. F.; BECK, C. T. & HUNGLER, B. P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª ed. São Paulo: ArtMed, 2004.
- ✓ RIBEIRO, J. L. P. – *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- ✓ SANTOS, I. & CLOS, A. C. – Pesquisa Quantitativa e Metodologia. In GAUTHIER, J. H. M. [et al.] – *Pesquisa em Enfermagem – Novas Metodologias Aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.1 – 17.
- ✓ SIDANI, S. – Self – Care. In DORAN, D. R. – *Nursing – Sensitive Outcomes: State of Science*. Canada: Jones and Bartlett Publishers, Inc, 2003. p.65 – 112.

- ✓ SILVA, A. – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- ✓ SILVA, M. D. – *Educar para o autocuidado num serviço hospitalar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem.
- ✓ THEUERKAUF, A. – Autocuidado e actividades da vida diária. In Hoeman, S.: *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência, 2000. p. 173 – 207.
- ✓ WIADOMY, R. M. – *Foundations of Nursing Research*. 5ª ed. Pearson Education International, 2010.

#### **Bibliografia base de dados:**

- ✓ BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 30, 3 (Set, 1999), p. 564-572.
- ✓ BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15, 3 (Set, 2001), p. 195-202.
- ✓ CALLAGHAN, D. – Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*. 22 (2005), p. 169–178.
- ✓ DAVIES, S.; LAKER, S. & ELLIS, L. – Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 26 (Ago, 1997), p. 408- 417.

- ✓ HOOGERDUIJN, J. G. [et al.] – A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 1 (Jan, 2006), p. 46-57.
- ✓ JAARSMA, T.; ABU-SAAD, H. H.; DRACUP, K. & HALFENS, R. – Self-care Behaviour of Patients with Heart Failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 14, 2 (2000), p. 112-119.
- ✓ MELEIS, A.; SAWYER, L. M.; IM, E.; MESSIAS, D. K. H. & SCHUMACHER, K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 1 (Set, 2000), p. 12-28.
- ✓ PROOT, I. M.; CREBOLDER, H. F. J. M.; ABU-SAAD, H. H. & TER MEULEN, R. H. J. – Autonomy in the Rehabilitation of Stroke Patients in Nursing Homes. A Concept Analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 12, 3 (Set, 1998), p. 139-145.
- ✓ PROOT, I. M., CREBOLDER, H. F. J. M., ABU- SAAD, H. H., Macor, T. H. G. M & TER MEULEN, R. H. J. – Facilitating and Constraining Factors on Autonomy: the views of Stroke Patients on Admission into Nursing Homes. *Clinical Nursing Research*. 9, 4 (Nov, 2000), p. 460-478.
- ✓ PROOT, I. M.; TER MEULEN, R. H. J.; ABU-SAAD, H. H. & CREBOLDER, H. F. J. M. – Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics*. 14, 2 (Mar, 2007), p. 229-241.
- ✓ RASANEN, P.; BACKMAN, K. & KYNGAS, H. – Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21, 3 (Set, 2007), p. 397-405.
- ✓ SACCO-PETERSON, M. & BORELL, L. – Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 18, 4 (Dec, 2004), p. 376-386.

- ✓ SÖDERHAMN, O. – Self-care activity as a structure: a phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 7, 4 (2000), p. 183-189.
- ✓ SÖDERHAMN, O. – Health and the Internal Structure of the Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 8, 2 (2001), p. 67-71.
- ✓ STABELL, A. [et al.] – Nursing home residents' dependence and independence. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 6 (Set, 2004), p. 677-686.
- ✓ SILVA-SMITH, A. L. & KOVACH, C. R. – Positive Gain: Rethinking the Outcomes of Dependency. *Journal of Gerontological Nursing*. 32, 5 (Mai, 2006), p. 36-41.
- ✓ SVEEN, U. [et al.] – Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke. *Disability and Rehabilitation*. 21, 8 (Ago, 1999), p. 372-377.

#### **Pesquisa sitiográfica:**

- ✓ DEPARTMENT OF HEALTH – Self Care – A Real Choice: Self Care Support – A Practical Option. *Supporting Self-Care* [Em linha]. (Jan, 2005), p. 1-11. [Consultado a 14 Junho de 2009]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.ndmac.ca/index.cfm?fuseaction=main.dspFile&FileID=95>>.
- ✓ ICN (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0*. [Consultado em 16 de Abril de 2011]. Disponível na:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>>.
- ✓ PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística (INE), 2008. [Consultado em 22 de Setembro de 2010]. Disponível

na:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\_indicadores&indOcorrCod=0000611&selTab=tab0>.

- ✓ Zeleznik, D. – *Self-care of the Home Dwelling Elderly People Living in Slovenia* [Em linha]. (2007), [Consultado em 22 de Maio de 2008]. Disponível na:<URL:http://herkules.oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>.





## **ANEXOS**



## ANEXO I – Instrumento Original (Self-care of Home Dwelling Elderly)



Interview instrument: Self-care, functional capacity, life satisfaction and self esteem of the home-dwelling elderly.

Locality \_\_\_\_\_

Place of residence

1 built-up área

2 rural área

Your main working experience

Sex

1 male

2 female

1 housekeeping

2 farming

3 work outside home

Your age in years

\_\_\_\_\_ years

Your way of living

1 alone

2 with a spouse/partner

3 with a spouse/partner and a child

4 with a child

5 with (an)other relative(s)

6 with a friend

Your marital status

1 married / cohabiting

2 unmarried

3 widowed

4 divorced

Your dwelling

1 house

2 apartment building

3 row house

4 old people's home

5 assisted-living unit

Your education

1 circulating school or less

2 primary or junior secondary school

3 vocational school

4 matriculation examination

5 post-secondary education

## Types of self- care

	Fully disagree	Partly disagree	Does not apply	Partly agree	Fully agree
I had to start working in early adolescence	1	2	3	4	5
I sacrificed my life to housekeeping and child care	1	2	3	4	5
My life has been full of heavy labour	1	2	3	4	5
I have always been the main breadwinner in my family	1	2	3	4	5
I have always decided my self how I live	1	2	3	4	5
Past events make me bitter	1	2	3	4	5
There are sad events in my recent past	1	2	3	4	5
I still feel myself to be fairly young	1	2	3	4	5
The problems of growing old cause hardly any inconvenience in my life	1	2	3	4	5
I consider myself relatively healthy, although I have medication	1	2	3	4	5
I am in na equally good bodily condition as when I was younger	1	2	3	4	5
My life is dominated by various pains, aches and other complaints	1	2	3	4	5
I want to be responsible for my medication	1	2	3	4	5
I consult the health care personnel as soon as I feel I need help	1	2	3	4	5
My co-operation with doctors and nurses is natural and equal	1	2	3	4	5
I know what illnesses I have, and based on the information provided by experts, I also know how to best take care of them	1	2	3	4	5
I enjoy doing the daily chores in the house	1	2	3	4	5
I obediently take the medicines the doctor has prescribed me	1	2	3	4	5
I do not need to know what illnesses my medicines are meant for, as I trust in my doctor's expertise	1	2	3	4	5
I take medicines when I feel like it	1	2	3	4	5
I use my own good ways to take care of the illnesses diagnosed by the doctor rather than seek help	1	2	3	4	5
I believe that the treatments prescribed to me help best	1	2	3	4	5
I know best myself what things cause my problems	1	2	3	4	5
I can still take care of myself	1	2	3	4	5
I let other people take care of the daily chores	1	2	3	4	5
I enjoy other people's company	1	2	3	4	5
I have close and warm relations with my children and/or the other people who are close to me	1	2	3	4	5
My days are filled with things that I find meaningful and stimulation	1	2	3	4	5
Even as I am growing older, I feel I am getting ahead in life	1	2	3	4	5
I am confident about the future and trust that people will take care of me	1	2	3	4	5
As I am growing older, I inevitably spend less time in other people's company	1	2	3	4	5

I just have to adjust to the idea of growing old	1	2	3	4	5
As I am growing older, I have to give up the things I am no longer able to do	1	2	3	4	5
In old age I must let other people take care of my needs	1	2	3	4	5
I must accept the things that will be brought along by the future	1	2	3	4	5
I take care of my own needs and do not need help from anybody	1	2	3	4	5
I am dependent on the help given by my family and friends	1	2	3	4	5
It is important for me not be a burden on anybody	1	2	3	4	5
I am going to continue living at home, no matter how sick I may become	1	2	3	4	5
I have a few interpersonal relations that help me to cope	1	2	3	4	5
I feel I am no good for anything any more	1	2	3	4	5
I am afraid of the future	1	2	3	4	5

### Self care orientation

	Fully disagree	Partly disagree	Does not apply	Partly agree	Fully agree
I feel I was accepted and loved as a child	1	2	3	4	5
I feel I was rejected as a child	1	2	3	4	5
I had a carefree youth and freely grew to be independent	1	2	3	4	5
I had many responsibilities when I was young, and I did not have time for myself	1	2	3	4	5
Adulthood was mentally the most strenuous time in my life	1	2	3	4	5
I enjoy life in old age	1	2	3	4	5
I suffer from uncertainty of life in old age	1	2	3	4	5
I have had to be content with my lot in life	1	2	3	4	5
I have had things in my life that have helped me to carry on	1	2	3	4	5
I have had hardships in my life that have exhausted my resources	1	2	3	4	5
Taking care of my own well-being has always been one of the most important things in my life	1	2	3	4	5
I have not had the time or the opportunity to think about myself and my own well-being	1	2	3	4	5
Old age is a good time in my life	1	2	3	4	5
Growing old causes me to feel bitter and sad	1	2	3	4	5

### Life satisfaction

	Strongly disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Strongly agree
In most ways my life is close to my ideal	1	2	3	4	5

The conditions of my life are excellent	1	2	3	4	5
I am satisfied with my life	1	2	3	4	5
So far I have achieved the important things I want in life	1	2	3	4	5
If I could live my life over, I would change almost nothing	1	2	3	4	5

### Self- esteem

	Strongly disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Strongly agree
On the whole, I am satisfied with myself	1	2	3	4	5
At times I think I am no good at all	1	2	3	4	5
I feel that I have a number of good qualities	1	2	3	4	5
I am able to do things as well as most other people	1	2	3	4	5
I feel I do not have much to be proud of	1	2	3	4	5
I certainly feel useless at times	1	2	3	4	5
I feel that I am a person of worth, at least on na equal plane with others	1	2	3	4	5
I wish I could have more respect for myself	1	2	3	4	5
All in all, I am inclined to feel that I am a failure	1	2	3	4	5
I take a positive attitude toward myself	1	2	3	4	5

### Functional ability

	I can manage independently without difficulties	I can manage independently, but with difficulties	I cannot manage independently
Washing	1	2	3
Dressing	1	2	3
Getting out of bed	1	2	3
Toiletry	1	2	3
Moving indoors	1	2	3
Moving outdoors	1	2	3
Preparing a meal	1	2	3
Light housework	1	2	3
Managing tasks that require dexterity (e.g. taking the correct dose of medicine)	1	2	3
Taking a bath or having a shower	1	2	3
Shopping	1	2	3



## ANEXO II – Instrumento de avaliação da Dependência sobre o Autocuidado



### Instrumento de avaliação da dependência sobre o autocuidado

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
<b>Tomar banho</b>	1	2	3	4
Entra e sai do chuveiro	1	2	3	4
Obtém objectos para o banho	1	2	3	4
Consegue água	1	2	3	4
Abre a torneira	1	2	3	4
Regula a temperatura da água	1	2	3	4
Regula o fluxo da água	1	2	3	4
Lava-se no chuveiro	1	2	3	4
Lava o corpo	1	2	3	4
Seca o corpo	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<b>Vestir-se ou despir-se</b>	1	2	3	4
Escolhe as roupas	1	2	3	4
Retira as roupas da gaveta e do armário	1	2	3	4
Segura as roupas	1	2	3	4
Veste as roupas na parte superior do corpo	1	2	3	4
Veste as roupas na parte inferior do corpo	1	2	3	4
Despe as roupas na parte superior do corpo	1	2	3	4
Despe as roupas na parte inferior do corpo	1	2	3	4
Abotoa as roupas	1	2	3	4
Desabotoa as roupas	1	2	3	4
Usa cordões para amarrar	1	2	3	4
Usa fechos	1	2	3	4
Calça as meias	1	2	3	4
Descalça as meias	1	2	3	4
Calça os sapatos	1	2	3	4
Descalça os sapatos	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<b>Alimentar-se</b>	1	2	3	4
Prepara os alimentos para a ingestão	1	2	3	4
Abre recipientes	1	2	3	4
Utiliza utensílios	1	2	3	4
Coloca o alimento nos utensílios	1	2	3	4
Pega no copo ou chávena	1	2	3	4
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	1	2	3	4
Leva os alimentos à boca com recipiente	1	2	3	4
Leva os alimentos à boca com os utensílios	1	2	3	4
Bebe por copo ou chávena	1	2	3	4

Coloca os alimentos na boca	1	2	3	4
Conclui uma refeição	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<b>Arranjar-se</b>	1	2	3	4
Penteia ou escova os cabelos	1	2	3	4
Barbeia-se	1	2	3	4
Aplica maquilhagem	1	2	3	4
Cuida das unhas	1	2	3	4
Usa um espelho	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<b>Cuidar da higiene pessoal</b>	1	2	3	4
Lava as mãos	1	2	3	4
Aplica desodorizante	1	2	3	4
Limpa a área do períneo	1	2	3	4
Limpa as orelhas	1	2	3	4
Mantém o nariz desobstruído e limpo	1	2	3	4
Mantém a higiene oral	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<b>Auto-elevar</b>	1	2	3	4
Levantar parte do corpo				
<b>Usar o sanitário</b>	1	2	3	4
Ocupa e desocupa o sanitário	1	2	3	4
Tira as roupas	1	2	3	4
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	1	2	3	4
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	1	2	3	4
Ergue-se da sanita	1	2	3	4
Ajusta as roupas após a higiene íntima	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<b>Transferir-se</b>	1	2	3	4
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	1	2	3	4
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4
<b>Virar-se</b>	1	2	3	4
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro	1	2	3	4
<b>Usar a cadeira de rodas</b>	1	2	3	4
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	1	2	3	4
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	1	2	3	4
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	1	2	3	4
Outro _____	1	2	3	4

### ANEXO III – Instrumento Final de descrição dos Perfis de Autocuidado



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Formulário: tipos de autocuidado

### Dados pessoais

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Contexto</p> <p>1. Hospital</p> <p>2. Centro de Saúde</p> <p>3. Lar</p>  | <p>Pessoal administrativo e similares</p> <p>Pessoal dos serviços e vendedores</p> <p>Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas</p>  |
| <p>2. Local de residência</p> <p>1. Área urbana (Vila, Cidade)</p> <p>2. Área rural (Aldeia)</p>   | <p>Operários, artificies e trabalhadores similares</p> <p>Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem</p>   |
| <p>3. Sexo</p> <p>1. Masculino</p> <p>2. Feminino</p>  | <p>Trabalhadores não qualificados</p> <p>Doméstico</p> <p>Estudante</p> <p>Outra</p>   |
| <p>4. Idade_____ anos</p>  | <p>8. Residência</p> <p>1.Casa</p> <p>2.Instituição</p>  |
| <p>5. Estado civil</p> <p>1. Casado(a) / em união de facto</p> <p>2. Solteiro(a)</p> <p>3. Viúvo(a)</p> <p>4. Divorciado(a)</p>  | <p>9. Com quem vive</p> <p>1.Sozinho(a)</p> <p>2.Com cônjuge/ companheiro(a)</p> <p>3.Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos (as)</p> <p>4.Com filhos (as)</p> <p>5.Com outros familiares</p> <p>6.Com amigos (as)</p> |
| <p>6. Formação</p> <p>_____anos</p>  |  |
| <p>7. Actividade Profissional</p> <p>1.Trabalhador activo</p> <p>2.Reformado</p> <p>3.Desempregado</p> <p>Membros das forças armadas</p> <p>Tabelas superiores da administração pública, dirigentes e Tabelas superiores de empresa</p> <p>Especialistas das profissões intelectuais e científicas</p> <p>Técnicos e profissionais de nível intermédio</p> |  |

## Tipos de autocuidado

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência	1	2	3	4	5
Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos	1	2	3	4	5
Tive uma vida de trabalho duro	1	2	3	4	5
Fui sempre o principal sustento da minha família	1	2	3	4	5
Decidi sempre tudo sobre a minha vida	1	2	3	4	5
Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)	1	2	3	4	5
Há acontecimentos tristes no meu passado recente	1	2	3	4	5
Ainda me sinto relativamente novo(a)	1	2	3	4	5
Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	1	2	3	4	5
Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos	1	2	3	4	5
Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	1	2	3	4	5
A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde	1	2	3	4	5
Eu quero ser responsável pela minha medicação	1	2	3	4	5
Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	1	2	3	4	5
A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual	1	2	3	4	5
Eu conheço os meus problemas de saúde e baseo(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar	1	2	3	4	5
Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	1	2	3	4	5
Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos	1	2	3	4	5
Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico	1	2	3	4	5
Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	1	2	3	4	5
Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	1	2	3	4	5
Acredito que os tratamentos que	1	2	3	4	5



me foram prescritos são os melhores					
Eu conheço bem o que me causa problemas	1	2	3	4	5
Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	1	2	3	4	5
Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias	1	2	3	4	5
Aprecio a companhia de outras pessoas	1	2	3	4	5
Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas	1	2	3	4	5
Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes	1	2	3	4	5
Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida	1	2	3	4	5
Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim	1	2	3	4	5
À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas	1	2	3	4	5
Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	1	2	3	4	5
À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer	1	2	3	4	5
Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	1	2	3	4	5
Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	1	2	3	4	5
Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	1	2	3	4	5
Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos	1	2	3	4	5
É importante para mim não ser um fardo para ninguém	1	2	3	4	5
Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente	1	2	3	4	5
Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades	1	2	3	4	5
Sinto que já não sirvo para nada	1	2	3	4	5
Tenho medo do futuro	1	2	3	4	5



#### ANEXO IV – Autorização dos autores para utilização da SCHDE



From: paivi.rasanen@pp5.inet.fi

To: duda\_sequeira@hotmail.com

Subject: Permission to use the instrument

Date: Mon, 29 Mar 2010 11:28:56 +0300

Dear Eduarda,

I have discussed with my supervisor Professor Helvi Kyngäs about permission to use the SCHDE-instrument. She says that there is no need to ask any official permission when the instrument has once been published. However it is polite to inform the holders of copyright before using the instrument - and of course the references should be mentioned while using the instrument anywhere.

I have only the Finnish version of the instrument, but you can find an English version from the doctoral dissertation (in English) of Danica Zeleznik

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>

About the process of developing the original Finnish version you can get more information from the article written by me and my colleagues

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118520705/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>

About meeting in Portugal - it would be nice to visit Portugal (I haven't been there ever before). There is only little problem with the timing and financing of that kind of trip. Maybe I could make a holiday tour to Portugal in June or July and meet you besides?

Kind regards,

Päivi Räsänen



## ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética da ARS Norte







**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

1/2

## PROPOSTA DE PARECER Nº 17/2010

(Sobre o estudo “*Que tipo de autocuidado apresentam os dependentes inscritos na USF Valadares?*”)

### A – APRESENTAÇÃO DOS FACTOS

**A.1.** A Comissão de Ética para a Saúde (CES) deu início ao Processo n.º 17.10CES, com base no pedido formulado pela enfermeira Eduarda Sequeira dirigido a esta Comissão.

**A.2.** Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

1. Projecto do trabalho de investigação, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Avançada da Universidade Católica Portuguesa do Porto, com os seguintes anexos: instrumento (original e adaptado para a língua portuguesa) de avaliação da dependência sobre o autocuidado, autorização dos autores para utilização da SCHDE (*Self-Care of Home Dwelling Elderly*) e o modelo de consentimento livre, informado e esclarecido;

2. Pedido de autorização da investigadora, dirigido ao presidente desta CES, relativo à recolha de dados para o estudo de investigação acima referido, datado de 14/04/2010.

3. Declaração do orientador do estudo de investigação.

**A.3.** Resumo da documentação:

1. A investigadora pretende utilizar uma subescala do instrumento de Backman para a população dependente para identificar os tipos de autocuidado que essas pessoas apresentam.

2. É um estudo descritivo e transversal.

3. A população alvo é constituída por todos os utentes inscritos na USF Valadares, com idade superior a 18 anos, e que falem português, não apresentem défice (temporário ou permanente) cognitivo, sejam dependentes (com pelo menos um item no instrumento de avaliação, com pontuação inferior a 4) e que aceitem participar no estudo. O método de amostragem será de conveniência e os utentes serão referenciados pelos enfermeiros da USF Valadares e a investigadora irá posteriormente agendar contacto na USF ou no domicílio conforme vontade e/ou disponibilidade do utente.

4. O instrumento de recolha de dados é uma subescala da versão portuguesa da SCHDE, traduzida por dois tradutores oficiais e tendo sido comparada, nas duas versões, com a original.

5. Após análise da documentação a CES da ARSN solicitou esclarecimento complementar quanto aos seguintes pontos: a situação profissional da investigadora em relação à USF Valadares; quem procede à selecção dos utentes e quem os contacta; quem recolhe os dados; Consentimento Informado, Livre e Esclarecido; existência de encargos para o utente ou para o ACES respectivo pela participação no estudo.



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

2/2

## **B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

Face às respostas aos pedidos de esclarecimento formulados, não se detectam questões éticas que obstaculizem a concretização do projecto, no entanto considera-se conveniente que a investigadora entregue aos enfermeiros/as (que se prestem a colaborar na referência de utentes que preencham os critérios de inclusão), um texto explicativo do projecto e uma reafirmação da garantia de confidencialidade sobre os dados a recolher. Este texto deverá ainda apelar aos colaboradores no sentido de que obtenham prévia autorização, ainda que verbal, dos utentes para aquela referência.

## **C – CONCLUSÕES**

Face ao exposto, esta CES delibera dar parecer favorável à autorização do estudo, solicitando também o compromisso de entrega (preferencialmente em suporte digital) de um exemplar do resultado final do mesmo.

A relatora, *Enf.ª Susana Teixeira*

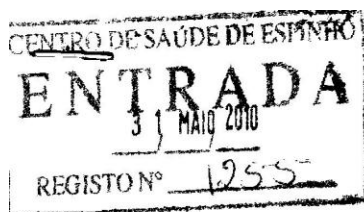
Aprovado em reunião do dia 21 de maio de 2010, por unanimidade.

Rosalvo Almeida

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

ANEXO VI – Autorização do Director Executivo do Agrupamento de  
Centros de Saúde Grande Porto IX - Espinho/Gaia





17 de Maio  
100455-00  
8/06/2010

Ex.mo Senhor

Director Executivo do Agrupamento de  
Centros de Saúde Grande Porto IX - Espinho/Gaia

8 JUN 2010  
JOSE CARLOS  
Director Executivo  
ACES Espinho

Eu, Eduarda Maria Ferreira Sequeira, residente na Rua António Francisco de Sousa, n.º60, 4405-726 Madalena, enfermeira, e aluna do mestrado em Enfermagem Avançada da Universidade Católica Portuguesa, venho solicitar a V. Ex.ª autorização para iniciar um estudo na USF de Valadares (USF Nova Via), inserida na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Boa Nova.

O estudo intitula-se **“Que tipos de Autocuidado apresentam os dependentes, inscritos na USF Valadares?”** e é orientado e co-orientado pelo Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira, professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto e pela Professora Mestre Maria Alice Correia de Brito, professora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, respectivamente. O referido estudo tem como finalidade descrever os tipos de autocuidados que apresentam os dependentes da USF Valadares, utilizando uma subescala do instrumento criado por Kaisa Backman, Paivi Rasanen e Helvi Kyngas, *SCHDE - Self-care of Home Dwelling Elderly*, intitulada Tipos de autocuidados.

A colheita de dados será efectuada pelo investigador principal, através do preenchimento de um formulário, durante a consulta de enfermagem na USF Valadares ou em visita ao domicílio, mas sempre após um primeiro contacto utente-investigador através dos enfermeiros da USF. A colaboração dos enfermeiros da USF limita-se à ajuda na selecção dos utentes que, na sua opinião, preencham os requisitos do estudo e ao estabelecimento do primeiro contacto utente – investigador.

A técnica de amostragem a utilizar será a amostragem por conveniência, e participantes terão de preencher os seguintes requisitos:

- Ter idade superior a 18 anos;
- Estar inscrito na USF Valadares;
- Falar Português;
- Não apresentar défice cognitivo (temporário ou permanente).



## ANEXO VII – Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido





## **Consentimento Informado Livre e Esclarecido**

Chamo-me Eduarda Sequeira, sou enfermeira com a cédula profissional número 4 E – 62580 e aluna do Mestrado de Enfermagem Avançada da Universidade Católica Portuguesa do Porto e, no âmbito do mesmo, foi-me proposta a elaboração de um trabalho de investigação em enfermagem. O tema que me propus investigar foi o Autocuidado cuja finalidade do estudo é de conhecer/ identificar os tipos de autocuidado existentes na população dependente, inscrita na USF Valadares, para que posteriormente seja possível adequar os cuidados de enfermagem às necessidades individuais de cada um.

Como método para recolha de dados necessários a este trabalho, irei recorrer a um formulário, para o qual solicito desde já a sua colaboração. A participação na investigação não resulta em nenhum benefício imediato, nem em nenhum prejuízo para o utente.

O formulário é constituído pela Parte A, que corresponde à caracterização demográfica da amostra e pela Parte B, uma subescala traduzida em português da versão original "Self-care od Home Dweling Elderly" de Backman, Rasanem e Hentinem, (2007).

Contando com a sua disponibilidade e colaboração dispensada, apresento desde já o meu agradecimento.

**Confirmo que expliquei ao utente, de forma adequada e inteligível, os objectivos do estudo e que respondi a todas as dúvidas/questões colocadas pelo mesmo. Comprometo-me a assegurar o anonimato e confidencialidade das respostas e asseguro que pode abandonar o estudo em qualquer altura, se for essa a sua vontade.**

Data:...../...../.....

Assinatura:\_\_\_\_\_

(Eduarda Sequeira)

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.**

Declaro ter compreendido os objectivos de tudo o que me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento; ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora; ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação; e, ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta.

Aceito deste modo participar no preenchimento do formulário necessário para a investigação.

O (A) participante

Data:..../...../.....

\_\_\_\_\_

## ANEXO VIII – Perfis de Autocuidado (considerando todos os itens do instrumento)



<b>Caso</b>	<b>Autocuidado Responsável Score</b>	<b>Autocuidado Formalmente Guiado Score</b>	<b>Autocuidado Independente Score</b>	<b>Autocuidado de Abandono Score</b>
1	4,54	4,7	4,08	3,14
2	3,23	3,67	3,67	3,86
3	4,69	4,5	3,08	4,43
4	4,23	4,5	4,09	4,43
5	2,85	4,5	3	4,86
6	3,92	4,7	4,5	4,71
7	4,54	3,9	3,42	3,14
8	3,23	4,3	3,83	5
9	3,23	4,5	3,75	4,14
10	4,31	4,5	4,08	3,57
11	3,54	4,2	3,17	4,43
12	3,08	4	3,75	3,71
13	2,62	4,1	2	3,14
14	4,08	4,5	3,92	3,71
15	3,08	4,7	3	4
16	2,77	4,6	3,17	4,29
17	3,23	4,6	3,67	3,57
18	3,31	4,8	3,25	4,86
19	3,62	4,3	3,18	3,71
20	3,69	3,4	2,64	3,43
21	1,85	4,8	3,18	4,29
22	4,15	4,5	3,42	3,57
23	2,92	3,78	3,75	4,86
24	4,08	4,5	3,92	2,71
25	3,54	4,4	3,58	3,14
26	4,31	4,4	3,67	2,43
27	3,85	4,1	3,92	2,86
28	4,77	4,5	4,25	3,14
29	4,69	4,5	4,25	3,57
30	3,46	3	2,73	3,57
31	3,54	4,4	2,75	4,43
32	3,23	4,1	3,5	3,29
33	1,92	4	2,08	3,43
34	2,23	4,4	2,42	4,29
35	4,69	3,7	3,58	2,29
36	3,25	4,44	4,25	2,71
37	3,08	4,44	2,58	3,86
38	3,83	4,44	2,73	4,57
39	4,46	3,5	3,18	2,29
40	2,92	4,8	2,58	4
41	4,00	4,5	4	3,29
42	3,15	4,4	3,27	3,57
43	4,85	3,6	3,75	3,29
44	3,85	4,3	4,17	2,86
45	3,46	4,6	3,18	3,71
46	2,85	4,2	3,42	3,57
47	3,46	3,6	3,27	4,14
48	4,08	4,7	4,17	3,14
49	4,00	4,8	3,75	3,57
50	4,46	4,5	4,67	3,29
51	3,38	4,5	3,5	3,57
52	3,38	4,2	3,33	2,86
53	4,46	4,9	3,92	3
54	3,92	4,5	3,25	2,86

55	3,85	4,2	3,92	2,29
56	3,69	4,7	3,42	4,14
57	3,85	4,5	3,5	3,57
58	3,85	4,1	3,75	3,86
59	3,85	4,5	2,92	2,86
60	3,46	3,9	3,75	3,43
61	3,92	4	4,08	3
62	3,46	4,9	4,42	4
63	3,83	3,6	4,25	2,14
64	3,69	4,8	3,75	4,43
65	4,38	4,7	3,75	2
66	4,46	4,7	3,55	2,57
67	4,15	4,2	4,5	3
68	4,23	3,5	4,17	1,43
69	4,77	3,3	3,92	2,14
70	4,23	4	3,55	2,71
71	3,62	4,5	3,83	2,43
72	4,38	3,9	4,25	2,14
73	3,38	4,7	4	3,43
74	4,38	4,5	4	2,86
75	3,54	4,7	4,5	3,14
76	2,92	3,6	3,33	2,43
77	4,15	4,4	3,75	2,57
78	3,69	4,2	3,83	2,14
79	4,42	4,11	3,33	1,43
80	3,00	4,9	4,08	3,43
81	3,69	4,5	4,17	2,43
82	4,23	3,8	3,92	2,14
83	3,38	4,6	3,83	4,71
84	3,54	4,8	4,08	4
85	3,08	4,6	3,83	3,29
86	3,92	4,7	4,08	4,14
87	2,58	3,78	3,58	3,29
88	3,54	4,2	4,08	2,57
89	3,08	4,6	3,58	3,71
90	3,77	4,5	3,92	3,29
91	2,77	3,9	3,42	3,86
92	2,67	4,6	3,33	4
93	3,46	4,4	4,42	3,71
94	2,77	4,6	3,33	3,57
95	2,69	4,7	2,58	4,71
96	3,23	4	3,33	3
97	3,00	4,8	3,42	3,14
98	3,00	4,2	3,83	2,43
99	2,08	4,5	2,83	4,43
100	4,23	4,2	3,58	1,57
101	3,15	4,3	4,58	3,86
102	3,08	4,5	3,33	3,29
103	2,92	3,9	3,67	2,29
104	2,00	4,5	3,33	4,57
105	2,69	4,8	3,5	3,86
106	3,15	4,6	3,42	2
107	2,92	3,9	3,67	4,43
108	2,77	4,5	2,83	4,14
109	2,38	4,5	3,33	3
110	3,38	4,5	2,83	3,57
111	1,67	4,1	3	4,29
112	3,58	3,7	3,5	1,57

ANEXO IX – Matriz de correlação entre os Perfis de Autocuidado (considerando todos os itens do instrumento)





Matriz de correlação entre os Perfis de Autocuidado

Correlação		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de Abandono
Autocuidado Responsável	Rho Spearman <i>P</i>	1,000 .	-0,072 0,450	0,448** <0,001	-0,402** <0,001
Autocuidado Formalmente Guiado	Rho Spearman <i>P</i>	-0,072 0,450	1,000	0,072 0,450	0,332** <0,001
Autocuidado Independente	Rho Spearman <i>P</i>	0,448** <0,001	0,072 0,450	1,000	-0,305** 0,001
Autocuidado de Abandono	Rho Spearman <i>P</i>	-0,402** <0,001	0,332** <0,001	-0,305** 0,001	1,000 .

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01.



ANEXO X – Perfis de Autocuidado (questões específicas face a cada tipo de autocuidado)



<b>Caso</b>	<b>Autocuidado Responsável Média</b>	<b>Autocuidado Formalmente Guiado Média</b>	<b>Autocuidado Independente Média</b>	<b>Autocuidado de Abandono Média</b>
1	5,00	4,00	3,67	2,33
2	3,50	3,00	3,67	3,00
3	5,00	3,00	1,67	4,00
4	3,75	5,00	4,00	3,67
5	3,75	5,00	3,33	5,00
6	3,75	3,50	4,33	4,67
7	4,75	3,00	4,00	2,33
8	3,25	3,50	4,00	5,00
9	2,75	3,50	3,00	3,33
10	4,75	3,00	4,67	3,00
11	4,75	2,50	1,67	4,00
12	2,75	3,00	4,00	3,00
13	2,50	5,00	2,33	4,33
14	4,75	3,00	4,33	3,67
15	1,75	4,50	3,67	3,33
16	2,25	3,50	2,67	4,67
17	3,50	4,50	2,67	3,00
18	2,25	4,50	3,67	5,00
19	3,75	3,00	3,33	3,00
20	3,75	3,50	2,33	2,67
21	1,25	5,00	3,67	4,33
22	4,75	3,00	2,33	2,67
23	3,00	3,50	3,33	4,67
24	4,25	3,00	3,67	3,00
25	4,25	3,50	3,33	4,33
26	4,50	3,00	4,00	2,00
27	4,75	3,50	4,00	1,33
28	5,00	3,00	4,67	2,67
29	5,00	3,00	4,00	2,67
30	4,00	3,00	1,00	3,33
31	3,25	3,00	3,33	5,00
32	3,75	3,00	2,33	2,33
33	1,25	3,50	3,67	4,00
34	1,50	4,00	3,67	4,00
35	4,75	3,00	2,67	1,33
36	2,50	5,00	3,67	2,33
37	1,75	3,50	3,00	4,67
38	3,75	3,00	2,33	5,00
39	3,75	3,00	3,00	2,67
40	3,00	4,50	2,33	3,67
41	4,75	3,00	3,67	2,33
42	4,25	3,50	3,33	3,33
43	4,50	3,00	3,67	2,33
44	3,75	3,00	4,67	1,67
45	3,50	3,50	3,33	4,67
46	3,75	3,50	4,33	3,67
47	3,50	3,00	3,67	4,67
48	4,75	3,50	3,33	3,33
49	4,00	4,50	3,33	3,00
50	4,25	3,50	4,33	2,33
51	3,75	3,00	3,00	2,33
52	4,75	2,50	4,33	2,67
53	4,50	5,00	3,67	3,33
54	4,25	3,00	3,00	2,33

55	4,00	3,00	3,67	2,33
56	4,25	3,50	4,00	4,67
57	4,00	4,50	3,67	3,67
58	4,50	3,00	4,67	3,67
59	3,75	2,50	3,67	2,67
60	3,50	3,50	4,67	2,67
61	4,50	3,00	4,33	2,00
62	3,75	5,00	4,67	3,33
63	4,00	4,50	4,67	1,00
64	4,25	5,00	4,00	3,67
65	4,75	5,00	3,67	1,00
66	3,75	5,00	3,33	3,67
67	4,50	3,00	4,67	2,00
68	4,50	3,00	5,00	1,00
69	5,00	3,00	4,67	1,00
70	4,00	3,00	3,00	2,33
71	4,75	3,50	4,67	2,00
72	5,00	3,50	4,00	1,00
73	3,75	4,50	4,33	3,33
74	4,50	3,00	5,00	2,33
75	4,00	3,50	5,00	2,00
76	3,00	1,00	4,00	2,67
77	4,50	3,00	3,67	2,00
78	3,75	1,00	5,00	2,33
79	5,00	3,00	2,67	2,00
80	4,25	5,00	5,00	3,00
81	3,50	2,50	3,67	2,00
82	4,50	5,00	4,67	1,00
83	3,75	3,00	5,00	4,67
84	4,75	4,50	4,67	4,00
85	3,50	3,00	4,67	3,00
86	3,75	3,50	4,00	4,67
87	3,50	3,00	3,67	2,33
88	4,50	2,50	5,00	2,00
89	3,75	3,00	3,67	4,00
90	4,00	3,50	4,67	3,67
91	3,25	3,00	4,00	3,33
92	3,00	5,00	3,67	4,00
93	4,00	3,00	4,00	4,00
94	3,00	4,50	4,00	3,00
95	2,75	4,50	2,33	4,67
96	4,00	3,00	3,67	3,67
97	3,50	4,50	4,67	2,33
98	3,50	4,50	4,67	2,00
99	2,00	4,50	3,00	4,67
100	4,25	3,00	4,67	1,00
101	3,75	5,00	4,67	3,67
102	4,25	3,00	3,33	2,67
103	3,00	5,00	4,33	2,67
104	3,00	5,00	4,00	4,67
105	2,50	4,50	4,00	3,00
106	3,00	3,00	4,33	2,33
107	2,75	3,00	3,67	4,00
108	2,25	5,00	3,67	4,67
109	2,75	5,00	4,00	2,33
110	3,50	3,00	4,33	2,33
111	2,00	3,50	4,67	3,67
112	3,75	3,00	3,67	1,33

## ANEXO XI – Os Perfis de Autocuidado (questões específicas) e as variáveis de atributo





Variável “Estado Civil”

		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de Abandono
<b>Estado Civil</b>	Chi-square <i>p</i>	1,307 0,727	6,516 0,089	1,028 0,794	3,612 0,307

\*Kruskal-Wallis Test

Factores	Estado Civil	N	Mean Rank
<b>Autocuidado Responsável</b>	Viúvo	44	53,51
	Casado/União de facto	63	58,50
	Divorciado	3	67,33
	Solteiro	2	43,00
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	Viúvo	44	64,77
	Casado/União de facto	63	52,19
	Divorciado	3	31,00
	Solteiro	2	48,50
<b>Autocuidado Independente</b>	Viúvo	44	55,94
	Casado/União de facto	63	55,83
	Divorciado	3	74,00
	Solteiro	2	63,50
<b>Autocuidado de Abandono</b>	Viúvo	44	63,42
	Casado/União de facto	63	52,44
	Divorciado	3	42,33
	Solteiro	2	53,50

\*Kruskal-Wallis Test

Variável “Profissão”

		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de Abandono
<b>Profissão</b>	Chi-square <i>p</i>	0,184 0,912	3,776 0,151	1,854 0,396	2,508 0,285

\*Kruskal-Wallis Test

Factores	Profissão	N	Mean Rank
<b>Autocuidado Responsável</b>	Reformado	104	56,64
	Desempregado	7	52,93
	Trabalhador activo	1	66,50
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	Reformado	104	58,07
	Desempregado	7	36,79
	Trabalhador activo	1	31,00
<b>Autocuidado Independente</b>	Reformado	104	56,35
	Desempregado	7	64,29
	Trabalhador activo	1	18,00
<b>Autocuidado de Abandono</b>	Reformado	104	57,82
	Desempregado	7	40,64
	Trabalhador activo	1	30,50

\*Kruskal-Wallis Test

Variável “Com quem vive”

		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de Abandono
<b>Com quem vive</b>	Chi-square <i>p</i>	5,619 0,229	4,543 0,337	1,466 0,833	8,923 0,063

\*Kruskal-Wallis Test

Factores	Com quem vive	N	Mean Rank
<b>Autocuidado Responsável</b>	Sozinho	22	61,80
	Cônjuge	45	61,53
	Filhos	25	45,22
	Cônjuge e filhos	17	50,91
	Outros familiares	3	67,83
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	Sozinho	22	57,57
	Cônjuge	45	52,43
	Filhos	25	67,06
	Cônjuge e filhos	17	52,79
	Outros familiares	3	42,67
<b>Autocuidado Independente</b>	Sozinho	22	61,25
	Cônjuge	45	58,00
	Filhos	25	53,08
	Cônjuge e filhos	17	50,71
	Outros familiares	3	60,50
<b>Autocuidado de Abandono</b>	Sozinho	22	53,64
	Cônjuge	45	50,93
	Filhos	25	72,74
	Cônjuge e filhos	17	54,38
	Outros familiares	3	37,67

\*Kruskal-Wallis Test

Variável “Idade”

		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de Abandono
<b>Idade</b>	Rho Spearman <i>P</i>	-0,127 0,182	0,094 0,324	0,020 0,836	0,111 0,244

\*Spearman’s Rho Test

## ANEXO XII – Análise Fatorial



### Análise dos componentes principais

Componente principal	Initial Eigenvalues		
	Total	% da Variância	$\Sigma$ %
1	7,881	18,764	18,764
2	3,333	7,936	26,700
3	2,569	6,116	32,816
4	2,401	5,716	38,532
5	2,022	4,815	43,347
6	1,833	4,365	47,712
7	1,748	4,162	51,874
8	1,616	3,847	55,720
9	1,350	3,214	58,934
10	1,292	3,076	62,010
11	1,276	3,038	65,048
12	1,135	2,702	67,750
13	<b>1,109</b>	2,640	<b>70,390</b>
14	0,980	2,333	72,724
15	0,967	2,302	75,026
16	0,850	2,024	77,050
17	0,794	1,890	78,940
18	0,766	1,823	80,763
19	0,727	1,731	82,494
20	0,648	1,543	84,038
21	0,625	1,489	85,527
22	0,604	1,437	86,964
23	0,564	1,342	88,306
24	0,534	1,272	89,578
25	0,465	1,107	90,684
26	0,459	1,094	91,778
27	0,445	1,059	92,838
28	0,416	0,992	93,829
29	0,400	0,953	94,782
30	0,325	0,773	95,555
31	0,282	0,673	96,228
32	0,265	0,630	96,858
33	0,257	0,612	97,470
34	0,199	0,474	97,944
35	0,177	0,420	98,364
36	0,150	0,356	98,721
37	0,124	0,294	99,015
38	0,118	0,281	99,295
39	0,089	0,212	99,508
40	0,077	0,183	99,691
41	0,076	0,181	99,872
42	0,054	0,128	100,000



### ANEXO XIII – Rotação de *Varimax* com normalização *Kaiser*





### Rotação de *Varimax* com normalização *Kaiser*

	Factores												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
10	-0,137	-0,151	0,083	-0,004	-0,012	-0,243	0,092	0,128	0,004	0,082	<b>0,743</b>	-0,074	0,234
11	-0,087	-0,210	0,078	-0,023	0,060	0,014	<b>0,824</b>	-0,102	0,171	0,043	-0,076	0,093	0,048
12	-0,183	-0,088	-0,106	-0,325	0,005	-0,009	0,406	<b>0,478</b>	0,118	-0,214	0,275	0,060	0,036
13	-0,012	0,096	-0,101	0,048	-0,086	0,100	0,060	<b>0,800</b>	0,049	-0,007	-0,037	-0,101	0,081
14	0,031	-0,049	0,183	0,205	0,149	0,019	-0,284	<b>0,702</b>	0,152	0,189	0,033	0,010	-0,219
15	0,083	0,012	-0,195	-0,008	-0,110	-0,008	0,180	0,104	-0,084	0,333	0,267	<b>0,589</b>	-0,149
16	-0,129	0,058	-0,040	-0,216	0,120	0,088	0,032	0,031	-0,107	<b>0,763</b>	0,117	0,045	0,081
17	0,217	0,498	-0,067	<b>0,509</b>	0,012	0,055	-0,190	0,106	0,196	-0,044	0,002	-0,052	0,107
18	0,299	0,233	0,153	<b>0,587</b>	0,133	0,264	-0,154	0,229	-0,165	-0,023	-0,010	-0,049	-0,069
19	0,128	0,164	0,084	<b>0,762</b>	0,049	0,000	-0,090	0,118	0,105	-0,136	-0,027	0,036	0,034
20	0,084	0,160	-0,034	<b>0,686</b>	0,053	-0,141	0,058	-0,101	-0,004	0,147	-0,177	-0,158	-0,022
21	-0,072	-0,154	0,016	-0,337	-0,051	-0,013	<b>0,603</b>	0,073	0,017	0,265	-0,031	0,398	-0,003
22	<b>0,648</b>	0,136	0,052	-0,069	0,230	0,085	-0,208	0,089	0,435	-0,034	-0,078	-0,065	-0,030
23	-0,048	0,002	-0,027	0,099	0,096	<b>0,858</b>	0,089	0,146	0,077	0,185	-0,055	-0,054	0,060
24	<b>0,363</b>	-0,209	0,357	0,021	0,184	0,324	-0,082	0,026	0,292	0,078	-0,048	0,006	0,237
25	0,332	0,068	0,272	0,024	0,101	0,214	-0,110	<b>0,487</b>	0,142	-0,005	-0,150	0,003	0,349
26	0,425	0,309	0,161	0,044	0,009	-0,097	0,203	0,035	<b>0,476</b>	0,096	-0,084	0,111	0,297
27	0,070	-0,184	0,044	-0,034	<b>0,486</b>	0,056	-0,391	0,082	0,326	0,318	-0,201	-0,088	-0,015
28	-0,261	-0,267	-0,175	0,011	0,156	-0,449	-0,193	0,055	-0,485	0,084	0,074	0,243	0,059
29	0,031	-0,183	-0,073	0,353	-0,078	0,263	0,071	0,007	0,132	<b>0,669</b>	0,004	-0,054	-0,018
30	-0,021	-0,089	-0,070	0,097	-0,140	-0,836	0,093	-0,032	0,067	-0,058	-0,016	-0,021	0,007
31	0,057	0,158	0,034	0,279	<b>0,763</b>	0,194	-0,042	0,004	0,141	-0,061	0,009	-0,036	0,063
32	0,408	-0,044	0,091	-0,047	<b>0,637</b>	0,016	0,051	0,037	-0,011	0,037	-0,074	0,203	0,008
33	<b>0,758</b>	0,166	0,057	0,178	0,136	-0,079	-0,140	0,061	0,262	-0,004	-0,043	-0,081	-0,093
34	-0,776	-0,111	0,165	-0,080	0,037	-0,033	-0,154	-0,133	0,209	-0,034	0,075	-0,108	-0,143
35	0,120	0,125	<b>0,731</b>	-0,030	0,169	-0,063	0,051	0,066	-0,076	0,114	-0,099	-0,197	-0,171
36	0,019	0,020	<b>0,745</b>	0,125	-0,029	0,001	0,152	0,028	0,120	-0,049	0,209	-0,036	0,093
37	0,187	<b>0,632</b>	0,251	0,332	0,134	0,146	-0,132	0,104	0,090	0,019	-0,015	-0,022	0,063
38	0,137	<b>0,760</b>	0,073	0,133	0,082	-0,047	-0,110	0,102	0,027	0,124	-0,207	-0,060	0,057
39	-0,143	0,082	<b>0,517</b>	0,166	-0,072	0,180	-0,223	-0,279	0,347	-0,087	-0,027	0,195	0,195
40	-0,187	-0,523	-0,225	-0,291	0,034	0,063	0,236	0,161	0,082	0,113	0,103	-0,127	-0,134
41	-0,003	0,059	0,010	0,098	0,194	-0,018	0,165	0,263	<b>0,712</b>	-0,022	-0,011	0,039	-0,135
42	-0,143	-0,095	-0,040	-0,237	-0,023	0,100	-0,115	-0,117	-0,056	0,106	<b>0,734</b>	0,154	-0,038
43	-0,155	-0,059	0,095	-0,103	0,041	-0,043	0,131	-0,176	0,038	-0,146	-0,023	<b>0,720</b>	0,058
44	0,269	0,116	0,203	0,095	<b>0,497</b>	0,177	0,237	-0,080	-0,156	-0,004	0,068	-0,316	0,072
45	<b>0,807</b>	0,203	0,042	0,227	0,160	0,055	-0,075	-0,080	0,083	-0,052	-0,045	-0,093	-0,010
46	-0,711	-0,128	-0,074	-0,152	-0,093	0,021	0,058	0,100	0,127	0,119	0,059	0,123	-0,113
47	0,445	0,131	0,370	-0,141	<b>0,520</b>	0,079	-0,047	0,004	0,282	0,138	-0,045	-0,149	0,050
48	-0,125	0,007	0,147	-0,021	-0,063	-0,049	-0,038	0,000	0,089	-0,030	-0,115	0,019	-0,799
49	-0,007	0,066	<b>0,721</b>	-0,020	0,097	0,074	-0,058	0,001	-0,024	-0,148	-0,035	0,130	-0,188
50	-0,185	-0,768	0,054	-0,061	0,001	-0,128	-0,037	0,039	-0,085	0,163	-0,015	0,079	0,201
51	-0,098	-0,016	-0,178	-0,077	<b>0,362</b>	-0,179	0,114	0,073	0,141	0,305	-0,446	-0,019	0,357



#### ANEXO XIV – Correlação Factores/ Perfis de Autocuidado



Correlação Factores / Perfis de Autocuidado		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de Abandono
<b>Factor 1</b>	Rho Spearman <i>P</i>	0,647** <0,001	-0,242** 0,010	0,508** <0,001	-0,616** <0,001
<b>Factor 2</b>	Rho Spearman <i>P</i>	0,737** <0,001	-0,256** 0,006	0,166 0,081	-0,535** <0,001
<b>Factor 3</b>	Rho Spearman <i>P</i>	0,330** <0,001	-0,144 0,130	0,111 0,245	-0,127 0,183
<b>Factor 4</b>	Rho Spearman <i>P</i>	0,450** <0,001	-0,138 0,148	0,125 0,190	-0,487** <0,001
<b>Factor 5</b>	Rho Spearman <i>P</i>	0,309** 0,001	0,068 0,474	0,228* 0,015	-0,140 0,142
<b>Factor 6</b>	Rho Spearman <i>P</i>	0,277** 0,003	-0,277** 0,003	-0,440** <0,001	0,009 0,924
<b>Factor 7</b>	Rho Spearman <i>P</i>	-0,204* 0,031	0,085 0,373	0,053 0,581	0,573** <0,001
<b>Factor 8</b>	Rho Spearman <i>P</i>	0,458** <0,001	-0,131 0,167	-0,028 0,766	0,005 0,962
<b>Factor 9</b>	Rho Spearman <i>P</i>	0,330** <0,001	-0,221* 0,019	0,196* 0,038	-0,179 0,060
<b>Factor 10</b>	Rho Spearman <i>P</i>	-0,028 0,769	0,129 0,177	-0,106 0,268	0,163 0,086
<b>Factor 11</b>	Rho Spearman <i>P</i>	-0,182 0,055	0,113 0,236	-0,037 0,697	0,265** 0,005
<b>Factor 12</b>	Rho Spearman <i>P</i>	-0,115 0,225	0,054 0,570	0,028 0,768	0,308** 0,001

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01.



## ANEXO XV – Matriz de correlação entre os Factores





Correlação		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
Factor 1	Rho Spearman <i>P</i>	1,000 .	0,468** <0,001	0,195* 0,040	0,421** <0,001	0,430** <0,001	0,075 0,434	-0,186* 0,049	0,176 0,063	0,388** <0,001	-0,066 0,490	-0,212* 0,025	-0,129 0,174
Factor 2	Rho Spearman <i>P</i>	0,468** <0,001	1,000 .	0,230* 0,014	0,512** <0,001	0,224* 0,017	0,194* 0,041	- 0,272** 0,004	0,244** 0,010	0,214* 0,024	0,001 0,993	-0,145 0,127	-0,109 0,252
Factor 3	Rho Spearman <i>P</i>	0,195* 0,040	0,230* 0,014	1,000 .	0,167 0,079	0,039 0,683	0,089 0,348	-0,064 0,503	0,020 0,832	0,134 0,159	-0,053 0,579	0,062 0,516	-0,091 0,338
Factor 4	Rho Spearman <i>P</i>	0,421** <0,001	0,512** <0,001	0,167 0,079	1,000 .	0,111 0,243	0,191* 0,043	- 0,372** <0,001	0,205* 0,030	0,162 0,089	0,013 0,891	- 0,289** 0,002	-0,239* 0,011
Factor 5	Rho Spearman <i>P</i>	0,430** <0,001	0,224* 0,017	0,039 0,683	0,111 0,243	1,000 .	0,045 0,635	0,139 0,145	0,173 0,069	0,306** 0,001	0,141 0,138	-0,124 0,193	0,056 0,559
Factor 6	Rho Spearman <i>P</i>	0,075 0,434	0,194* 0,041	0,089 0,348	0,191* 0,043	0,045 0,635	1,000 .	-0,008 0,937	0,222* 0,019	0,027 0,775	0,228* 0,016	-0,136 0,152	-0,014 0,884
Factor 7	Rho Spearman <i>P</i>	-0,186* 0,049	- 0,272** 0,004	-0,064 0,503	- 0,372** <0,001	0,139 0,145	-0,008 0,937	1,000 .	0,059 0,536	0,024 0,801	0,105 0,272	0,277** 0,003	0,392** <0,001
Factor 8	Rho Spearman <i>P</i>	0,176 0,063	0,244** 0,010	0,020 0,832	0,205* 0,030	0,173 0,069	0,222* 0,019	0,059 0,536	1,000 .	0,205* 0,030	0,055 0,565	0,024 0,801	-0,017 0,856
Factor 9	Rho Spearman <i>P</i>	0,388** <0,001	0,214** 0,024	0,134 0,159	0,162 0,089	0,306** 0,001	0,027 0,775	0,024 0,801	0,205* 0,030	1,000 .	-0,071 0,457	-0,062 0,519	-0,010 0,920
Factor 10	Rho Spearman <i>P</i>	-0,066 0,490	0,001 0,993	-0,053 0,579	0,013 0,891	0,141 0,138	0,228* 0,026	0,105 0,272	0,055 0,565	-0,071 0,457	1,000 .	-0,045 0,634	0,136 0,152
Factor 11	Rho Spearman <i>P</i>	-0,212* 0,025	-0,145 0,127	0,062 0,516	- 0,289** 0,002	-0,124 0,193	-0,136 0,152	0,277** 0,003	0,024 0,801	-0,062 0,519	-0,045 0,634	1,000 .	0,254** 0,007
Factor 12	Rho Spearman <i>P</i>	-0,129 0,174	-0,109 0,252	-0,091 0,338	-0,239* 0,011	0,056 0,559	-0,014 0,884	0,392** <0,001	-0,017 0,856	-0,010 0,920	0,136 0,152	0,254** 0,007	1,000 .

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01.



## ANEXO XVI – Os Factores e as variáveis de atributo



### Variável “Sexo”

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
<b>Sexo</b>	Mann-Whitney U Wilcoxon W Z P	1339,0	1304,0	1262,0	1186,0	1018,0	1403,0	993,0	1000,5	1139,5	947,0	1447,0	1305,0
		2200,0	3860,0	2123,0	3742,0	1879,0	3959,0	1854,0	3556,0	2000,5	1808,0	2308,0	2166,0
		-0,710	-0,931	-1,184	-1,633	-2,675	-0,331	-2,911	-2,766	-1,968	-3,098	-0,059	-0,962
		0,478	0,352	0,236	0,102	0,007	0,741	0,004	0,006	0,049	0,002	0,953	0,336

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01

Factores	Sexo	N	Mean Rank
<b>Factor 1</b>	Feminino	71	58,14
	Masculino	41	53,66
<b>Factor 2</b>	Feminino	71	54,37
	Masculino	41	60,20
<b>Factor 3</b>	Feminino	71	59,23
	Masculino	41	51,78
<b>Factor 4</b>	Feminino	71	52,70
	Masculino	41	63,07
<b>Factor 5</b>	Feminino	71	62,66
	Masculino	41	45,83
<b>Factor 6</b>	Feminino	71	55,76
	Masculino	41	57,78
<b>Factor 7</b>	Feminino	71	63,01
	Masculino	41	45,22
<b>Factor 8</b>	Feminino	71	50,09
	Masculino	41	67,60
<b>Factor 9</b>	Feminino	71	60,95
	Masculino	41	48,79
<b>Factor 10</b>	Feminino	71	63,66
	Masculino	41	44,10
<b>Factor 11</b>	Feminino	71	56,62
	Masculino	41	56,29
<b>Factor 12</b>	Feminino	71	58,62
	Masculino	41	52,83

Mann-Whitney Test

### Variável “Estado Civil”

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
<b>Estado Civil</b>	Chi-square p	1,791	5,637	6,802	4,691	4,128	4,260	1,002	3,070	0,710	4,636	8,092	3,768
		0,617	0,131	0,078	0,196	0,248	0,235	0,801	0,381	0,871	0,201	0,044	0,288

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01

<b>Factores</b>	<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>
<b>Factor 1</b>	Viúvo	44	54,32
	Casado/União de facto	63	56,93
	Divorciado	3	79,83
	Solteira	2	56,00
<b>Factor 2</b>	Viúvo	44	51,66
	Casado/União de facto	63	59,33
	Divorciado	3	86,50
	Solteira	2	29,00
<b>Factor 3</b>	Viúvo	44	65,22
	Casado/União de facto	63	51,54
	Divorciado	3	54,33
	Solteira	2	24,25
<b>Factor 4</b>	Viúvo	44	51,13
	Casado/União de facto	63	60,57
	Divorciado	3	70,83
	Solteira	2	25,00
<b>Factor 5</b>	Viúvo	44	56,68
	Casado/União de facto	63	54,67
	Divorciado	3	93,17
	Solteira	2	55,00
<b>Factor 6</b>	Viúvo	44	52,82
	Casado/União de facto	63	59,67
	Divorciado	3	67,67
	Solteira	2	21,00
<b>Factor 7</b>	Viúvo	44	58,60
	Casado/União de facto	63	54,29
	Divorciado	3	67,83
	Solteira	2	63,00
<b>Factor 8</b>	Viúvo	44	50,58
	Casado/União de facto	63	60,13
	Divorciado	3	72,00
	Solteira	2	49,25
<b>Factor 9</b>	Viúvo	44	56,68
	Casado/União de facto	63	55,87
	Divorciado	3	70,83
	Solteira	2	51,00
<b>Factor 10</b>	Viúvo	44	63,89
	Casado/União de facto	63	52,64
	Divorciado	3	44,17
	Solteira	2	34,00
<b>Factor 11</b>	Viúvo	44	58,75
	Casado/União de facto	63	57,47
	Divorciado	3	12,17
	Solteira	2	43,00
<b>Factor 12</b>	Viúvo	44	57,27
	Casado/União de facto	63	54,11
	Divorciado	3	87,50
	Solteira	2	68,25

Kruskal-Wallis Test

Variável “Profissão”

		<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>	<b>Factor 5</b>	<b>Factor 6</b>	<b>Factor 7</b>	<b>Factor 8</b>	<b>Factor 9</b>	<b>Factor 10</b>	<b>Factor 11</b>	<b>Factor 12</b>
<b>Profissão</b>	Chi-square	1,799	0,767	0,495	1,890	0,893	0,309	3,054	0,160	3,636	0,440	3,236	2,587
	<i>p</i>	0,407	0,681	0,781	0,389	0,640	0,857	0,217	0,923	0,162	0,802	0,198	0,274

Factores	Profissão	N	Mean Rank
Factor 1	Reformado	104	55,63
	Desempregado	7	71,50
	Trabalhador Activo	1	42,00
Factor 2	Reformado	104	55,95
	Desempregado	7	61,14
	Trabalhador Activo	1	81,00
Factor 3	Reformado	104	56,02
	Desempregado	7	61,00
	Trabalhador Activo	1	75,00
Factor 4	Reformado	104	55,81
	Desempregado	7	60,71
	Trabalhador Activo	1	99,00
Factor 5	Reformado	104	56,08
	Desempregado	7	65,43
	Trabalhador Activo	1	38,00
Factor 6	Reformado	104	56,23
	Desempregado	7	58,14
	Trabalhador Activo	1	73,00
Factor 7	Reformado	104	57,26
	Desempregado	7	52,79
	Trabalhador Activo	1	3,50
Factor 8	Reformado	104	56,81
	Desempregado	7	53,21
	Trabalhador Activo	1	47,50
Factor 9	Reformado	104	55,00
	Desempregado	7	73,71
	Trabalhador Activo	1	92,50
Factor 10	Reformado	104	56,06
	Desempregado	7	60,50
	Trabalhador Activo	1	74,50
Factor 11	Reformado	104	57,82
	Desempregado	7	40,64
	Trabalhador Activo	1	30,50
Factor 12	Reformado	104	56,18
	Desempregado	7	67,07
	Trabalhador Activo	1	16,00

Kruskal-Wallis Test

Variável “Com quem vive”

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
Com quem vive	Chi-square	7,065	5,346	6,232	6,303	3,433	2,499	2,348	4,095	3,820	3,876	9,959	3,141
	p	0,132	0,254	0,182	0,178	0,488	0,645	0,672	0,393	0,431	0,423	0,041	0,534

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01

<b>Factores</b>	<b>Com quem vive</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>
<b>Factor 1</b>	Sozinho	22	63,20
	Cônjuge	45	60,62
	Filhos	25	45,88
	Cônjuge e filhos	17	48,41
	Outros familiares	3	79,83
<b>Factor 2</b>	Sozinho	22	54,55
	Cônjuge	45	62,20
	Filhos	25	47,64
	Cônjuge e filhos	17	52,76
	Outros familiares	3	80,33
<b>Factor 3</b>	Sozinho	22	54,73
	Cônjuge	45	50,19
	Filhos	25	69,96
	Cônjuge e filhos	17	55,94
	Outros familiares	3	55,17
<b>Factor 4</b>	Sozinho	22	60,70
	Cônjuge	45	59,60
	Filhos	25	45,12
	Cônjuge e filhos	17	63,74
	Outros familiares	3	33,00
<b>Factor 5</b>	Sozinho	22	59,00
	Cônjuge	45	56,22
	Filhos	25	56,28
	Cônjuge e filhos	17	49,24
	Outros familiares	3	85,33
<b>Factor 6</b>	Sozinho	22	55,00
	Cônjuge	45	60,64
	Filhos	25	49,32
	Cônjuge e filhos	17	59,35
	Outros familiares	3	49,00
<b>Factor 7</b>	Sozinho	22	55,43
	Cônjuge	45	52,57
	Filhos	25	63,76
	Cônjuge e filhos	17	58,85
	Outros familiares	3	49,50
<b>Factor 8</b>	Sozinho	22	57,20
	Cônjuge	45	60,04
	Filhos	25	49,58
	Cônjuge e filhos	17	61,09
	Outros familiares	3	29,83
<b>Factor 9</b>	Sozinho	22	60,36
	Cônjuge	45	58,24
	Filhos	25	51,82
	Cônjuge e filhos	17	49,32
	Outros familiares	3	81,67
<b>Factor 10</b>	Sozinho	22	67,77
	Cônjuge	45	55,03
	Filhos	25	55,06
	Cônjuge e filhos	17	48,91
	Outros familiares	3	50,83
<b>Factor 11</b>	Sozinho	22	44,05
	Cônjuge	45	56,30
	Filhos	25	68,20
	Cônjuge e filhos	17	59,29
	Outros familiares	3	37,50
<b>Factor 12</b>	Sozinho	22	60,82
	Cônjuge	45	51,94
	Filhos	25	61,96
	Cônjuge e filhos	17	57,88
	Outros familiares	3	39,83

Kruskal-Wallis Test



Variável “Idade”

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
Idade	Rho Spearman <i>P</i>	-0,170	-0,209 *	0,010	-0,214 *	-0,076	-0,191 *	-0,071	-0,059	-0,227 *	0,121	0,069	0,025
		0,072	0,027	0,919	0,023	0,425	0,043	0,455	0,540	0,016	0,202	0,470	0,791

Spearman’s Rho Test

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01

Variável “Formação”

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
Formação	Rho Spearman <i>P</i>	0,228 *	0,440 **	-0,095	0,350 **	-0,023	-0,226 *	-	0,071	-0,094	-0,022	-	-0,138
		0,016	<0,001	0,319	<0,001	0,808	0,017	0,451 ** <0,001	0,458	0,323	0,816	0,312 ** 0,001	0,147

Spearman’s Rho Test

\* Correlação é significativa no nível 0,05.

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01